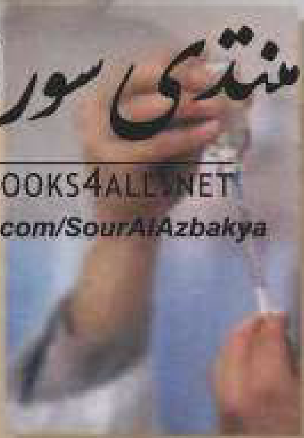
الدكتور
جاسم محمد عبدالله محمد المرزوقى



منتدى سور الأزبكية
WWW.BOOKS4ALL.NET
https://twitter.com/SourAlAzbakya

الأمراض النفسية
و علاقتها بمرض العصر السكر

دراسة استطلاعية لمعرفة مدى تأثير الأمراض النفسية
على مستوى السكر فى الدم لدى مرضى السكر

العلم و الإيمان للنشر و التوزيع

منتدى سور الأزبكية

WWW.BOOKS4ALL.NET

https://twitter.com/SourAlAzbakya

https://www.facebook.com/books4all.net

منتدى سور الأزبكية
www.books4all.net

الامراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر (السكر)

دراسة استطلاعية لمعرفة مدى تاثير الامراض النفسية
على مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري

الدكتور
جاسم محمد عبدالله محمد المرزوقي

العلم والإيمان للنشر والتوزيع

البيـــانـــات

عنوان الكتاب- Title	الامراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر (السكر)
المؤلف - Author	جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي .
الطبعة - Edition	الأولى .
الناشر - Publisher	العلم والإيمان للنشر والتوزيع .
عنوان الناشرAddress	كفر الشيخ - دسوق - شارع الشركات ميدان المحطة تليفون : ٠٠٢٠٤٧٢٥٥٠٣٤١ فاكس : ٠٠٢٠٤٧٢٥٦٠٢٨١

بيانات الوصف المادي	عدد الصفحات Pag.	مقياس النسخة Size	التجليد
	١٦٨	١٧,٥ x ٢٤,٥	مجلد

المطبعة - Printer	الجلال .
عنوان المطبعة - Address	العامرية إسكندرية.
اللغة الأصل	اللغة العربية .
رقم الإيداع	٢١٣٠- ٢٠٠٨م
الترقيم الدولي I.S.B.N.	977- 308 - 184 - 2
تاريخ النشر - Date	2008

حقوق الطبع والتوزيع محفوظة

تحـذيـر:
يحذر النشر أو النسخ أو التصوير أو الاقتباس بأي شكل
من الأشكال إلا بإذن وموافقة خطية من الناشر

الإهداء

إلى والدي العزيزين....

إلى من سهرت معي طيلة فترة دراستي زوجتي العزيزة....

إلى أبنائي الأعزاء .... أطباء المستقبل....

دكتورة شمة (طبيبة أسنان).

دكتور عبد الله (طبيب عيون)

دكتور عبد الرحمن (طبيب نفسي)

إلى أخواني وأخواتي الأعزاء....

إلى أساتذتي الكرام الذين أناروا لي طريق العلم وأرشدوني إليه....

إلى دولتي الغالية....

الامارات العربية المتحدة

وإماراتي الباسمة (الشارقة)

أهدي هذا العمل المتواضع

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
٣	الإهداء ....
٩	المقدمة ....
١٣	**الفصل الأول: مشكلة الدراسة وإطارها النظري**
١٣	المقدمة ....
١٧	مرض السكري ....
١٩	فسيولوجية مرض السكري ....
٢١	ماهية مرض السكري وأنواع ....
٢٦	وبائية مرض السكري ....
٣٠	أسباب مرض السكري ....
٣٣	أعراض مرض السكري ....
٣٦	القلق ....
٥١	الاكتئاب ....
٧٠	الضغط النفسي ....
٨٠	الأفكار اللاعقلانية ....
٨٣	مشكلة الدراسة وأهميتها ....
٨٦	فرضيات الدراسة ....
٨٧	تعريف المصطلحات ....

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
الفصل الثاني: الدراسات السابقة	**٩١**
الدراسات السابقة	٩١
الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات	**١١١**
مجتمع الدراسة وعينتها	١١١
أدوات الدراسة	١١٣
متغيرات الدراسة	١٢٩
تصميم الدراسة ومعالجتها الإحصائية	١٢٩
إجراءات التطبيق	١٣٠
الفصل الرابع: النتائج	**١٣٣**
النتائج	١٣٣
الفصل الخامس: مناقشة النتائج	**١٤٧**
مناقشة النتائج	١٤٧
توصيات الدراسة	١٥٥
المراجع	١٥٧
المراجع باللغة العربية	١٥٧
المراجع باللغة الأجنبية	١٦٣

فهرس الجداول

رقم الجدول	اسم الجدول	رقم الصفحة
١.	أنواع خلايا جزر لنغرهنس الموجودة في البنكرياس........................	٢٠
٢.	نسبة انتشار مرض السكري في بعض الدول العربية........................	٢٩
٣.	جدول ثبات مقياس القلق في صورتيه قلق الحالة وقلق السمة في صورته العربية........................	١١٧
٤.	عدد فقرات مقياس الضغط النفسي في الصورتين الأولية والنهائية	١٢٤
٥.	الدرجة الكلية على مقياس الضغط النفسي وعلى كل بعد من أبعاده	١٢٥
٦.	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى السكر حسب متغير مستوى الدرجة الكلية لقلق (الحالة - السمة) لدى مرضى السكري.........	١٣٤
٧.	نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن اثر مستوى القلق كدرجة كلية لدى المرضى على مستوى السكر في الدم........................	١٣٥
٨.	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى السكر حسب متغير مستوى حالة القلق لدى مرضى السكري........................	١٣٦
٩.	نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن اثر مستوى القلق كحالة لدى المرضى على مستوى السكر في الدم........................	١٣٧
١٠.	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى السكر حسب متغير مستوى سمة القلق لدى مرضى السكري........................	١٣٧
١١.	نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن اثر مستوى القلق كسمة لدى المرضى على مستوى السكر في الدم........................	١٣٨

فهرس الجداول

رقم الجدول	اسم الجدول	رقم الصفحة
١٢.	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى السكر حسب متغير مستوى الاكتئاب لدى مرضى السكري................................	١٣٩
١٣.	نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن اثر مستوى الاكتئاب لدى المرضى على مستوى السكر في الدم................................	١٤٠
١٤.	نتائج اختبار شافيه للمقارنات البعدية لأثر متغير الاكتئاب على مستوى السكر في الدم................................	١٤٠
١٥.	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى السكر في الدم حسب متغير مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى مرضى السكري................	١٤١
١٦.	نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن اثر مستوى التفكير اللاعقلاني لدى المرضى على مستوى السكر في الدم................................	١٤٢
١٧.	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى السكر في الدم حسب متغير الضغط النفسي لدى مرضى السكري................................	١٤٣
١٨.	نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن اثر مستوى الضغوط لدى المرضى على مستوى السكر في الدم................................	١٤٤
١٩.	نتائج اختبار شافييه للمقارنات البعدية لأثر متغير الضغوط على مستوى السكر في الدم................................	١٤٤
٢٠.	نتائج تحليل الانحدار المتعدد المتدرج الخطي لمتغيرات الدراسة على مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري................................	١٤٦

المقدمة

بسم الله القائل :

﴿ وَعَلَّمَ ءَادَمَ ٱلۡأَسۡمَآءَ كُلَّهَا ثُمَّ عَرَضَهُمۡ عَلَى ٱلۡمَلَٰٓئِكَةِ فَقَالَ أَنۢبِـُٔونِي بِأَسۡمَآءِ هَٰٓؤُلَآءِ إِن كُنتُمۡ صَٰدِقِينَ ﴿٣١﴾ قَالُواْ سُبۡحَٰنَكَ لَا عِلۡمَ لَنَآ إِلَّا مَا عَلَّمۡتَنَآۖ إِنَّكَ أَنتَ ٱلۡعَلِيمُ ٱلۡحَكِيمُ ﴿٣٢﴾ ﴾ (سورة البقرة : الآيات ٣٢:٣١)

وبدوري أقول سبحانك لا علم لي إلا ما علمتني، وأصلي وأسلم على معلم البشرية المبعوث رحمة للعالمين القائل (من سلك طريقا يلتمس فيه علما سهل الله له به طريقا إلى الجنة)

فهذه محاولة سطرتها في نظرة الإرشاد النفسي إلى إبراز أثر العوامل النفسية على رفع مستوى السكر في دم لدى المرضى المصابين بداء السكري، ولقد خرجت هذه المحاولة بعنوان: " الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكري" من خلال دراسة إستطلاعية لمعرفة أثر الأمراض النفسية على مستوى السكر في الدم لدى المرضى المصابين بداء السكري النوع الثاني، وتكمن أهمية الدراسة في التزايد المستمر حول العالم للمصابين بالسكري، الأمر الذي أصبح يشكل خطورة كبيرة تهدد حياة الملايين من البشر.

والمشكلة تكمن في انعدام الدراسات التي تناولت ارتباط العوامل النفسية والانفعالية بداء السكري في دولة الإمارات العربية المتحدة، وندرتها في الدول العربية. ولما لهذا الموضوع من أهمية ولما قد يكون للحالة النفسية من تأثير غير مباشر على مرضى السكري، وعلى زيادة نسبة السكر في الدم كما أشارت بعض الدراسات، ونظراً لاعتبار مرض السكري من النوع الثاني أكثر انتشاراً من النوع الأول فقد جاءت الدراسة الحالية

لإبراز أثر العوامل النفسية من قلق واكتئاب وضغط نفسي وأفكار لاعقلانية على رفع مستوى السكر في دم المرضى المصابين بداء السكري من النوع الثاني.

وما تميزت به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة كونها تناولت القلق والاكتئاب، والضغط النفسي، والتفكير اللاعقلاني، والجنس، والعمر، ومدة الإصابة بالمرض والمستوى التعليمي، والجنسية، في حين لم تتناول الدراسات السابقة هذه المتغيرات مجتمعة، كما تميزت الدراسة الحالية بكونها تناولت متغير التفكير اللاعقلاني، التي لم يتم تناولها في أي دراسة سابقة، بل تم تناول دراسات شبيهه بها كدراسة المعتقدات والتفكير اللاعقلاني المرتبط بالنواحي الصحية والشخصية.

ولقد روعيت في هذه الدراسة الأصول العلمية والتعمق والبحث والتحري والتدقيق والمراجعة مع أهل العلم من ذوي الاختصاص وذلك من خلال التنقل بين الأطباء، والمراكز الصحية، والمكتبات، والمؤسسات المتخصصة، والسفر إلى دول عربية شقيقة للإستفادة منها وذلك من أجل وضع هذه الدراسة بين يدي من يبحثون عن كلمة حق في هذا المجال

لذا لا يفوتني أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى الذين ساهموا معي في القراءة والكتابة والمراجعة والتدقيق اللغوي والعلمي وأخص بالذكر أستاذتي الدكتورة نسيمة داوود فلهم من الله خير الجزاء ومني الدعاء

وأخيراً لا أبتغي من وراء هذا العمل العلمي سوى الحقيقة، فإن أصبت فبفضل من الله وتوفيقه، وإن كانت الأخرى فحسبي أنني حاولت مع أعترافي بالنقص في هذا العمل فهو لا محالة، وأن الاعتراف بالخطأ أول خطوات النجاح.

وأذكر هنا قولا للعماد الأصفهاني نقلاً عن القاضي الفاضل: " إني رأيت أنه لا يكتب إنسان كتاباً في يومه إلا قال في غده : لو غير هذا لكان أحسن، ولو زيد كذا لكان يستحسن

ولو قدم هذا لكان أفضل ولو ترك هذا لكان أجمل، وهذا من أعظم العبر، وهو دليل استيلاء النقص على البشر".

فهذا جهدي وهو المقل فمن له نظر فيما سطرت، أو نصح فيما كتبت، أو تعليق على ما حبرت، فإنني اشكر له سلفاً عمق نظره، وصدق نصحه، وبلاغة قوله، ولن أستنكف على الإطلاق عن الرجوع إلى الحق إذا سطع نوره في سطور غيري مهما كانت التبعات وها هو عنواني استقبل ردودكم على بريدي الالكتروني :

Email: jassim_psycology@hotmail.com

أو على صندوق بريد: ٣٦٨١ دبي، دولة الامارات العربية المتحدة.

د.جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي

الفصل الأول
الإطار النظري ومشكلة الدراسة

مقدمة :

فطن القدماء إلى وحدة الجسم والنفس في الإنسان، وإلى تأثيرهما ببعضهما تأثيراً بالغاً. فالأمراض الجسمية قد يكون لها ردود فعل نفسية عديدة. فالأمراض الجسمية قد يكون لها ردود فعل نفسية عديدة كالشعور بالقلق، والاكتئاب، وأحيانا القنوط واليأس خاصة إذا كانت الأمراض الجسمية من الأمراض الخطيرة التي تهدد الحياة أو الأمراض المزمنة التي ستلازم الإنسان مدى حياته. كما إن للحالة النفسية تأثير واضح على الصحة والجسم والأمراض الجسمية نفسية المنشأة معروفة ومشهورة، وأن الحالة النفسية للمريض تلعب دوراً مهما في حالته المرضية، فإذا عانى المريض من القلق والتوتر والخوف زادت في تفاقم الحالة واستعصائها على الشفاء، وإذا كانت معنويات المريض عالية ويشعر بالاطمئنان والرضا والاتزان النفسي أسهم ذلك في تحسن الحالة الصحية من خلال تحسن حالة جهاز المناعة لدى المريض

قد لا يوجد دليل على أن العوامل النفسية تسهم في الإصابة بداء السكري، إلا أن هناك العديد من المؤشرات التي تدل على أن الحالة النفسية للمريض تؤثر على ضبط مستوى السكر في دمه. وهناك من يعتقد بأن التغيرات الهرمونية التي تنجم عن الشدة النفسية قد تؤدي إلى حدوث اضطرابات في إستقلاب السكر، مما يفقد المصاب بالسكري السيطرة على مستوى السكر في الدم، وهذا بدوره قد يؤدي إلى ظهور أعراض الإصابة بمرض السكري (خوري، ٢٠٠٤).

وعند الإصابة بمرض مزمن كالسكري، فإن المصاب به قد تسوء حالته النفسية، إلا أن الأفراد يختلفون في ردود أفعالهم، فمنهم من يتكيف مع المرض ونمط الحياة الجديدة ومنهم من ينكر المرض ولا يتعامل معه بجدية، الأمر الذي قد ينتج عنه بعض الاضطرابات النفسية إلى جانب مرض السكري (الجمعية الأمريكية لمرض السكر، ٢٠٠٤).

ومن ناحية أخرى، فإن الاضطرابات النفسية وبخاصة الاضطرابات الانفعالية واضطرابات الطعام تقترن بالتزام مرضى السكري بالتوصيات الطبية التزاماً ضعيفاً وبمعنى آخر، فإن الاكتئاب المزمن والشراهة نحو الطعام يضعفان دافعية المريض للالتزام بالتوصيات الطبية الضرورية للحالة، مما قد يؤدي إلى تعرض عدداً كبيراً من مرضى السكري لأعراض أو نوبات تظهر بشكل متكرر كتكون الأحماض الكيتونية الخاصة بالسكري (*Ketoacidosis*) (الحجار،٢٠٠٤).

وتدل الأبحاث الحديثة من مثل دراسة زانغ وزملائه (*Zhang, et al, 2005*) وستيوارت ورو ووايت (*Stewart, Rao & White, 2005*)، ودراسة شو وشي (*Chou & Chi, 2005*)، ودراسة للويد وبراون (*Lloyd & Brown, 2002*) على أن الشدة النفسية قد تؤثر على ضبط مستويات سكر الدم عند مرضى السكري تأثيراً مباشراً أو غير مباشر فمن المؤكد علمياً أن هناك علاقة بين عدم الالتزام أو الخروج عن الحمية وبين الشدة النفسية المزمنة، كما أن هناك تأثير للفروق الفردية في استجابة مستويات سكر الدم للشدة النفسية، بمعنى أن بعض المرضى يستجيبون للشدة بارتفاع مستوى سكر الدم بينما يستجيب مرضى آخرون بانخفاض مستوى السكر في الدم، وآخرون لا يستجيبون إطلاقاً وهذا مفاده أن استجابة سكر الدم للشدة النفسية قد تحدث فقط عندما تكون هناك أنماط

معينـة مـن الانفعـال كالغضـب وأنمـاط مختلفـة مـن الشخصـية كـنمط الشخصـية (A) (الحجار، ٢٠٠٤).

كما توجد بعض المؤشرات الدالة التي بينتها بعض الدراسات على تأثير الضغوط النفسية، وفقدان الدعم الانفعالي على مرضى السكري كدراسة نيل (Neal, 1995) ودراسة لانجر ولانجر (Langer & Langer, 1994)، ودراسة سرويت وزملائه (Surwit, et al, 2002)، ودراسة غولدشتاين وكوفاكس وابروسكي ولنغر(Goldston, Kovacs, Obrosky & Iyengar, 1995) ، الأمر الذي قد يؤدي إلى حدوث صراع داخلي قد يتطور إلى حالة من الاكتئاب، والشعور بالعجز في مواجهة صعوبات الحياة ومن عدم قدرة الفرد على رعاية نفسه.

هذا بالإضافة إلى تعرض مريض السكري لقلق شديد متبوع بالشعور بالنقص وعدم الأمان نتيجة لما يواجهه من قيود جسمية لاعتماده على الأنسولين والأدوية والرعاية الطبية المستمرة (Kovacs & Scott, 1997).

يواجه مرضى السكري درجات عالية من التوتر والضغط النفسي خاصة عند بداية إصابتهم بالمرض، وهذا بحد ذاته يرفع من معدلات السكر في الدم بنسبة (٢٥٪)، كما يعتقد بأن الضغط النفسي يؤثر بشكل غير مباشر على مستوى السكر في الدم. ومن هنا تبلغ أهمية معرفة المريض لعوارض الضغط النفسي (سواء كانت إيجابية أو سلبية)، للتعامل معها بشكل إيجابي. وقد وصف الخبراء في أبحاث مرض السكري بأن المصاب بالسكري معرض للإصابة بالاكتئاب أكثر بـ(٥) مرات من غير المصابين بالمرض، وأن المصاب بالسكري يمر بالمراحل التالية:

الإنكـار ← الغضـب ← الخـوف ← القلـق ← الـذنب ← الحـزن ← الاكتئـاب (*Decoster, 2001*).

وقد وجد العلماء أن (٦٩٪) من المرضى المصابين بالسكري لفترة زمنية قد تصل إلى ١٢ شهراً يعالجون ويشفون تماماً من أي مشاكل عصبية ونفسية، أما الأفراد الذين تراوحت فترة إصابتهم بالمرض من (٢-٦) سنوات، فقد كانت نسبة من تم شفاؤهم من الاضطرابات النفسية بحدود (٣٢٪). أما بالنسبة للفروق بين الرجال والنساء، فقد وجدت الدراسة أن النساء أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من الرجال (*Lloyd & Brown, 2002*).

وتوصلت دراسة إنغمان (*Angdmann (1990*) إلى أن علاج المرضى المصابين بالسكري الذين يتم الإشراف عليهم من قبل طاقم طبي لديهم معرفة حول كيفية العلاج النفسي والعقلي يتخذون منحى سليماً في العلاج، حيث يكون هذا الفريق على دراية تامة بالمشاكل النفسية وحالات الهياج والاكتئاب العصبي والضعف العقلي لدى المرضى المصابين بالسكري وكيفية التعامل معها.

وتسعى الدراسة الحالية إلى تسليط الضوء على النوع الثاني من مرض السكري والذي يمكن السيطرة عليه عن طريق الحمية الغذائية وتناول خافضات سكر الدم بعكس النوع الأول، علماً بأن البنكرياس لدى المصابين بهذا النوع (الثاني) من داء السكري يكون سليماً وخلاياه سليمة، ولا تحدث عندهم مضاعفات حادة أو شديدة كتلك التي تنتج عند المصابين بالنوع الأول من مرض السكري (حافظ، ٢٠٠٢). وتشير الإحصائيات العالمية إلى أن هناك أكثر من (١٤٠) مليون مصاب بهذا النوع حول العالم، ومن المتوقع أن يتضاعف هذا العدد خلال السنوات القادمة (الصوير، ٢٠٠٤).

مرض السكري:

داء السكري مرض قديم قدم الإنسان نفسه، فقد عرفه المصريون القدماء منذ عام (١٥٠٠ ق.م)، حيث وجد على بعض الجدران والمخطوطات المصرية القديمة وصف لمتلازمة البول والعطش (الباشا وجوخدار،٢٠٠١). كما ذكرت في الكتابات الصينية في القرن الثالث قبل الميلاد متلازمة تتضمن النهم والعطش والبول، مع ذكر المذاق الحلو لبول المرضى المصابين بهذه المتلازمة (ديب، ١٩٩٢).

أما عند اليونانيين القدماء فقد ذكر داء السكري منذ عام (٧٠ ق.م) حيث أطلقوا عليه اسم (*Diabetes Mellitus*)، وكلمة (*Mellitus*) باللغة اللاتينية تعني الحلو المذاق أو العسل، وكلمة (*Diabetes*) تعني خروج السائل والمقصود به البول، وبذلك يكون المعنى الكامل، البول السكري (أبوطه،٢٠٠١).

ووصف الطبيب اليوناني أريتيس (*Aerates*) منذ(١٣٨-٨١ ق.م) المظاهر السريرية لمرض السكري كما هو معروف اليوم، وقد ذكر الفيلسوف والطبيب الروماني سيلسس (Celsus) منذ (٣٠ سنة ق.م – ٥٠ سنة م) ظاهرة البول المصحوبة بالوهن والضعف ونصح بعلاجها من خلال تنظيم الغذاء وممارسة الرياضة البدنية (ديب، ١٩٩٢). وقد أخذ العرب اسم المرض من الإغريق وهو "ديانيطس" كما أطلقوا عليه أيضاً اسم "الدوارة" و "الدولاب". ويعتبر ابن سينا أول من وصف مرض السكري وصفاً دقيقاً في كتابه (القانون في الطب)، حيث قال: " ديانيطس هو أن يخرج الماء كما يشرب في زمن قصير أو أن صاحبه يعطش فيشرب ولا يروى، بل يبول كما يشرب ويكون غير قادر على الحبس البتة" (ديب،١٩٩٢).

وذكر ابن سينا في كتابه عن أعراض المرض قائلاً: "ومن أعراضه العطش الشديد والضعف الجسمي والإجهاد العصبي وعدم انتظام الشهية" (أبوطه،٢٠٠١، ص٢٤).

وفي القرن السابع عشر وصف توماس ويلس حلاوة السكري بقوله "إنه مشروب العسل"، وأثبت دوبسن (Dobson) أن هذه المادة هي السكر، مما قاد للتفكير بمعالجة المرض بحمية قوية معقولة. وفي عام (١٨٥٩) بين كلود برنارد (*Cloud Barnard*) أن دم الشخص المصاب بالسكري يحتوي على كمية زائدة من السكر وهذه صفة هامة للداء (ديب،١٩٩٢).

وفي عام (١٨٦٩) نجح طالب الطب الألماني بول لنغرهنس (*Paul Langerhans*) في وصف جزر الخلايا التي تنتج هرمون الأنسولين الموجود في البنكرياس والتي تحمل اسمه الآن وتوصل إلى أن خلايا بيتا (β) هي المسؤولة عن إنتاج الأنسولين (الباشا و جوخدار ٢٠٠١).

وفي عام (١٨٨٩) استطاع كلا من العالمين فون، و مينكووسكي (*Phone & Minkowski*) إحداث تطور مهم في فهم طبيعة مرض السكري، وذلك من خلال إجراء جراحة لنزع غدة البنكرياس لأحد الكلاب، وبعد إجراء الجراحة لم يمت الكلب، ولكن بدأ يشرب الماء بكثرة ويتبول بكثرة، الأمر الذي لفت انتباه العالمين وذلك من خلال تجمع الذباب بكثرة على بول الكلب مما دفع بهما لإجراء تحليل للبول فوجدا بأنه يحتوي على نسبة عالية من سكر الجلوكون، وسرعان ما اكتشفا بأنهما قد تسببا بإصابة الكلب بمرض السكري (أبوطه، ٢٠٠١).

وقد استطاع العالمان بانتينغ، وبست (*Banting & Best*) في عام (١٩٢١) استخلاص مادة من البنكرياس سببت هبوط في سكر الدم وسميت (بالأنسولين)، ومع اكتشاف

الأنسولين أصبح مرضى السكري أطول عمراً وأقل تعرضاً للاختلاطات الحادة وأكثر إصابة بالاختلاطات المزمنة (ديب،١٩٩٢).

فسيولوجية مرض السكري :

داء السكري متلازمة استقلابية (Metabolic) تتميز بارتفاع مزمن في سكر الدم حيث تحدث هذه المتلازمة في سياق عدد من الأمراض والأحوال المختلفة سريرياً ومرضياً إذ ينجم فرط سكر الدم عن النقص المطلق أو النسبي للأنسولين. ليس المقصود بالنقص نقصاً في إنتاج الأنسولين فقط، وإنما يشمل أيضاً كل الأعطاب والاضطرابات التي تؤدي إلى خلل في الفعالية الحيوية للهرمون في أي مرحلة من المراحل العمرية. إن نقص الأنسولين في الدم يؤدي إلى حدوث اضطرابات عديدة في استقلاب الشحوم، والبروتينات والمكونات الخلوية وغير الخلوية، تؤدي إلى اختلاطات استقلابية حادة ومزمنة (الباشا جوخدار،٢٠٠١).

ويعد البنكرياس الغدة المسؤولة عن الإصابة بمرض السكري، وذلك من خلال نقص إفراز مادة الأنسولين اللازمة لتنظيم استفادة الجسم من المواد الغذائية (شرف، ١٩٨٦) حيث تقع غدة البنكرياس خلف المعدة مباشرة، وتقوم بإنتاج إنزيمات الهضم و هرموني الأنسولين و الجلوكاجون التي تنظم الوقود في الجسم. و الجلوكاجون هرمون يفرزه البنكرياس عن طريق جزر لنغرهنس، وذلك من خلال خلايا ألفا (A). وقد تم التعرف على أربعة أنواع رئيسية من خلايا جزر لنغرهنس الموجودة في البنكرياس كما هي في الجدول(١):

جدول(١)

أنواع خلايا جزر لنغرهنس الموجودة في البنكرياس

نوع الخلية	الهرمون الذي تفرزه
بيتا (β)	أنسولين (٧٠٪ - ٨٠٪)
ألفا (A)	جلوكاجون (١٥٪ - ٢٠٪)
دلتا (D)	سوماتوستاتين (٥٪)
ب.ب ($P.P$)	عديد الببتيد البنكرياسي

وتعتبر خلايا بيتا (β) من أكثر الخلايا انتشارا في جزر لنغرهنس من بين الخلايا الأربعة حيث تشكل ما يقرب من (٨٠٪) من حجم جزر لنغرهنس.

وكما تم ذكره، فإن البنكرياس يقوم بإنتاج هرموني الأنسولين و الجلوكاجون (فلتشد، ١٩٨٧). والأنسولين هرمون تنتجة خلايا بيتا (β) وهو يعمل على مساعدة الجسم على استخدام الجلوكوز (سكر الدم). إذ يعد الأنسولين بمثابة المفتاح الذي يفتح أبواب الخلايا ويسمح للجلوكوز بالدخول إليها، و يعمل على تقليل مستوى السكر في الدم (الجمعية الأمريكية لمرض السكر، ٢٠٠٤). أما الجلوكاجون فهو الهرمون الآخر الذي تفرزه غدة البنكرياس عن طريق جزر لنغرهنس، وذلك من خلال خلايا ألفا (A). والجلوكاجون هرمون يقوم بعمل يعاكس الأنسولين، ويتم إنتاج السكر في الجسم عند تحلل الطعام في الجهاز الهضمي ويقوم الجلوكاجون بحمل جزيئات السكر إلى الدم وتعرف كمية السكر في الدم بمستوى جلوكوز الدم (توشيت، ٢٠٠١)، ويعد الأنسولين و الجلوكاجون مهمين لعملية الأستقلاب. (و الأستقلاب هي العملية التي يقوم بها الجسم بتحويل الغذاء إلى وقود)

ومرض السكري هو اختلال في عملية إستقلاب السكر الذي يؤدي إلى ارتفاع معدل السكر في الدم (الجلوكوز) (كولازو وكلافيل، ٢٠٠٢).

وقد تتضاعف أعراض مرض السكري نتيجة نقص في الأنسولين، فإذا لم تنتج خلايا بيتا (β) كمية كافية من الأنسولين، فإن السكر في الدم سيصل إلى مستويات عالية جداً ومن ثم يظهر السكر في البول، وإذا لم يتم ضبطه بشكل جيد فإنه سيؤدي إلى غيبوبة ومن ثم إلى موت محقق (*Brannor & Feisl, 1989*). لذا فإن إعطاء الأنسولين للمريض أمر ضروري حتى يتسنى له ضبط الأعراض التي تنجم عن نقص الأنسولين، وعلى الرغم من أهمية الأنسولين بالنسبة لمريض السكري، إلا أنه لا يشفى من المرض بمجرد استخدامه(قحبيش، ١٩٩٣). لذا فإن قلة نسبة الأنسولين في دم الإنسان تؤدي إلى ارتفاع الجلوكوز في الدم مما قد يتسبب في إحداث أمراض جسمية خطيرة لمرضى السكر، مثل أمراض القلب والإصابة بالعمى وأمراض الكلى وأمراض القدم وغيرها (*Brannor & Feisl, 1989*؛ عوض وحماد، ٢٠٠٠).

ماهية مرض السكري وأنواعه: -

قبل الحديث عن ماهية مرض السكري، لابد من التطرق بإيجاز للحديث عن المواد الغذائية وغدة البنكرياس، اللذين يشكلان العامل الرئيسي للإصابة بالمرض. وفي هذا المقام لنا أن نتصور أن جسم الإنسان عبارة عن مصنع كبير، وأصغر وحدة فعالة في هذا المصنع تدعى الخلية، وهذه الخلايا إذا توحدت في وظيفة واحدة أو متكاملة تسمى العضو، وأعضاء الجسم وخلاياه تحتاج إلى التزود بالوقود كي تستطيع القيام بعملها. والوقود بالنسبة لجسم الإنسان هو عبارة عن المواد الغذائية، ويمكن تقسيم هذه المواد الغذائية إلى ثلاث مجموعات:

١. المواد السكرية:

تشمل السكاكر والنشويات الموجودة في القمح والبطاطا والأرز.

٢. المواد البروتينية أو الزلالية:

تشمل اللحم والبيض والجبن والبقول والحبوب.

٣. المواد الدهنية (الدهون) وتسمى الشحمية:

وتشمل الزيوت الحيوانية والنباتية والدهون.

ويتصف مرض السكري بأنه مرض ناجم عن اضطراب في الأستقلاب، وهو عبارة عن آلية معقدة تحدث في جسم الإنسان، إذ يحتاج جسم الإنسان إلى الطاقة للحفاظ على عمل خلاياه بشكل متواصل ضمن مستوى ثابت. ويمكن تأمين هذه الطاقة عن طريق تناول عدة وجبات يومياً، ومن ثم يتحول الطعام المتناول من خلال عمليات معقدة داخل الجسم إلى طاقة، وتحدث العمليات الإستقلابية في الواقع داخل ملايين الخلايا التي يتكون منها الجسم (الرجبي، ١٩٨٩).

والسكري مرض شائع يصيب (٤٪) من الإناث و(٢٪) من الذكور ويحصل في مختلف الأعمار وترتفع نسبة الإصابة به عند البالغين، حيث تقدر نسبة الإصابة بالمرض بواحد من كل أربعين شخصاً على وجه التقريب، كما تؤكده الدراسة التي قام بها مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها، بينما يرتفع معدل الوفيات عند الصغار أكثر مما هو عند البالغين (الأسمر، ١٩٩٦؛ *Center For Disease Control and Prevention, 2004*).

كما يلاحظ بأن الأعراض النفسية كالقلق، والاكتئاب، والضغط النفسي، منتشرة بين مرضى السكري أكثر من انتشارها بين غيرهم، كما تؤكده بعض الدراسات مثل دراسة زانغ وزملائه (*Zhang, et al, 2005*)، وستيوارت ورو ووايت (Stewart, *Rao & White,*

2005)، ودراسة شو وشي (*Chou & Chi, 2005*)، ودراسة للويد وبراون (*Lloyd & Brown, 2002*) ويعتقد أن للحالة النفسية تأثير سيء على ضبط مستوى السكر في الدم كما تؤكده دراسة لانجر ولانجر(*Langer & Langer, 1994*)، والمعاناة من مرض مزمن كالسكري قد تقود إلى الشعور بالقلق أو الاكتئاب أو التوتر أو غيرها من الأعراض النفسية وبخاصة إذا ما كان المريض يعاني من صعوبة في ضبط مستوى السكر في الدم (*Lloyd, Dyert & Barnett, 2000*).

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية (المشار إليها في حافظ، ٢٠٠٢، ص٤٤) مرض السكري بأنه "حالة مزمنة ناتجة عن ارتفاع مستوى السكر في الدم وقد ينتج ذلك عن مجموعة من العوامل البيئية والوراثية. ويعد الأنسولين المنظم الرئيسي لتركيز الجلوكوز في الدم، وقد يرجع ارتفاع مستوى السكر في الدم إلى قلة وجود الأنسولين".

بينما عرفه الشوا (٢٠٠٥) في كتابه الآفاق الحديثة في دراسة ومعالجة الداء السكري بـ"أنه ارتفاع نسبة سكر الدم فوق المعدل الطبيعي(ارتفاع سكر الدم الصيامي فوق ١١٠ ملغ/ د.ل) نتيجة لنقص في إفراز هرمون الأنسولين أو عدم فعاليته، أو كلاهما معا". وعرفه لوثر ترافيس بأنه "عبارة عن اضطراب في عملية تحويل الأغذية التي يتناولها الناس إلى طاقة" (ترافيس، ٢٠٠٠، ص٦).

أما لوثر ترافيس استشاري غدد الصم والسكري في قسم الطب جامعة تكساس، في الولايات المتحدة الأمريكية، فيعرف داء السكري بأنه "عبارة عن اضطراب في عملية تحويل الأغذية التي يتناولها الناس إلى طاقة" (ترافيس، ٢٠٠٠، ص٦).

وعرفته الدكتورة انتصار غرة (الطبيبة في قسم طب الأسرة والمجتمع جامعة دمشق في دراسة، لنيل درجة الدراسات العليا في بحثها المعنون بـ الرعاية الصحية المقدمة

لمرضى السكري المراجعين لمركز زهير حبي الصحي) بـ "الداء السكري هي متلازمة اضطراب استقلابي ووعائي بأحد سببين: إما لنقص إفراز منفرد للأنسولين، أو المشاركة بين مقاومة أنسولينية مع عدم إفراز كاف للمعاوضة (أي أن الجسم لا يملك القدرة على المقامة)" (غرة، ٢٠٠٥، ص٧).

أما فيما يخص أنواع مرض السكري، فقد كان الاعتقاد السائد في الماضي أن هناك نوعين فقط من مرض السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين (*Insulin Dependent*)، والنوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين (*Non Insulin Dependent*). إلا أنه في الآونة الأخيرة وبحسب ما ورد في تقارير منظمة الصحة العالمية وتصنيفاتها، فقد تم الإشارة إلى أنواع السكري الأربعة التالية:

١- النوع الأول (*Type 1 Diabetes Mellitus*) وهو ما يسمى: النوع المعتمد على الأنسولين (*Insulin-dependent diabetes mellitus*) (*IDDM*) وهو ما يطلق على سكري الأطفال والشباب (*Juvenile*):

يحتاج مرضى هذا النوع من السكري إلى مصدر خارجي للأنسولين عن طريق الحقن اليومية، وذلك لمنع تكوين وارتفاع الأجسام الكيتونية في الدم والمحافظة على الحياة ويعود سبب هذا النوع من المرض إلى تأثير عدة عوامل مجتمعة كالعوامل الوراثية والبيئية والمناعية، ويشكل ما نسبته حوالي (١٠٪) من مجموع مرضى السكري في أي فئة عمرية ولكن غالباً ما تكون أعلى نسبة للإصابة به في مرحلة البلوغ (الحوراني، ١٩٩١).

وعلى الرغم من أهمية الأنسولين في علاج مرضى هذا النوع من السكري إلا أن الحمية الغذائية لها أهمية بالغة بالإضافة إلى أهمية الأنسولين في تجنب الإصابة بارتفاع السكر في الدم أو انخفاضه والمحافظة على صحة المريض (*Brink, 1988*).

٢- النوع الثاني (*Type 2*) أو ما يعرف: بالسكري غير المعتمد على الأنسولين (*Non insulin dependent diabetes mellitus*) (*NIDDM*) أو ما كان يدعى بسكري الكبار:

لا يحتاج أغلب المصابين بهذا النوع من المرض إلى حقن يومية من الأنسولين في بداية الأمر، وهو يصيب الناس عادة بعد سن الثلاثين، غير أنه آخذ في الانتشار مؤخراً بين الأطفال والبالغين ويشكل ما نسبته (٨٠ – ٩٠٪) من مجموع مرضى السكري (*Lorenzi, 1986*) وينقسم هذا النوع إلى قسمين:

- مرض السكري من النوع الثاني غير المصحوب بالسمنة، ويشكل المصابون به أقل من (١٠٪) من مرضى السكري غير المعتمد على الأنسولين (الصوير، ٢٠٠٤).
- مرض السكري من النوع الثاني المصحوب بالسمنة، ويشكل المصابون بهذا النوع من السكري أكثر من (٩٠٪) من مرضى السكري النوع الثاني كما تؤكده دراسة هونج (Houng, 2005).

٣- السكري المقترن بحالات مرضية معينة كأمراض البنكرياس وأمراض الاضطرابات الهرمونية والحالات الناجمة عن استعمال العقاقير والمواد الكيميائية وشذوذ المستقبلات والعوامل الوراثية:

يسمى هذا النوع أيضاً مرض السكري الثانوي (*Secondary Diabetes*) (*National Diabetes Data Group, 1979*).

٤- سكري الحمل (*Gestational Diabetes*):

غالباً ما تتعرض له السيدات الحوامل اللاتي يعانين من وجود تاريخ مرضي لمرض السكري في العائلة، واللاتي يعانين من قصور الجسم عن احتمال الجلوكوز (أي عندما يأكل الإنسان مواد سكرية فإن البنكرياس يكون غير قادر على التخلص منها بسهولة) وزيادة الوزن، واللاتي يلدن أطفالا أوزانهم أكثر من ٤ كغم (الحوراني، ١٩٩١). ويصيب سكري الحمل (١ - ١٤٪) من النسوة الحوامل، ويمثل (٩٠٪) من حالات السكري المشاهدة أثناء الحمل (بوظو، ٢٠٠٥).

ويتم إجراء الفحوصات للأمهات الحوامل عادة بين الأسبوع الرابع والعشرين والسادس والعشرين من الحمل، وغالباً ما يؤدي سكري الحمل الذي لا يعالج إلى مشاكل في الأجنة، وإلى زيادة احتمال الإصابة بالسكري خلال خمس سنوات من اكتشاف سكري الحمل (الحوراني، ١٩٩١).

حيث يعتبر النوعان الأول والثاني من السكري، الأكثر انتشاراً وشيوعاً من بين هذه الأنواع.

وبائية مرض السكري:

قام جمعٌ من الباحثين، بدراسة معدل تفشي داء السكري وتقدير عدد المصابين به من مختلف الفئات العمرية حول العالم من عام (٢٠٠٠) وحتى عام (٢٠٣٠)، وقد شمل الاستقراء (١٩١) دولة من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، وذلك من خلال الاعتماد على تقديرات الأمم المتحدة للكثافة السكانية للأعوام من (٢٠٠٠ - ٢٠٣٠). حيث

قدر الباحثون تفشي داء السكري بمعدل (٤,٤٪) في عام ٢٠٠٠، في حين توقع أن يصل معدل تفشي المرض في عام (٢٠٣٠) إلى، (٨,٢%)، أي أن عدد المصابين سيصل من (١٧١) مليون في عام ٢٠٠٠، إلى (٢٦٦) مليون عام ٢٠٣٠ (الحلبي، ٢٠٠٤).

كما أظهرت الدراسات والأبحاث التي أجريت في بعض دول العالم وجود اختلافات واضحة في معدل انتشار المرض . ففي الولايات المتحدة الأمريكية يوجد أكثر من (١٧) مليون مصاب بالسكري، وهذا يقدر بـ (٦٪) من عدد السكان، في حين أن هناك (١٦) مليون شخص لديهم القابلية للإصابة بالمرض (الجمعية الأمريكية لداء السكري ٢٠٠٠). أما في فرنسا فيقدر عدد المصابين بالمرض بمليون مصاب بالسكري، أي ما يساوي (٧٪) من عدد السكان، وقدرت أعداد الوفيات التي تسبب بها السكري في عام (١٩٩٩) بـ (٢٧.٠٠٠) حالة، أي (٥٪) من نسبة الوفيات العامة في فرنسا (العجلوني، ٢٠٠٥). أما في دولة الإمارات العربية المتحدة فتقدر نسبة الإصابة بالسكري بحسب أخر دراسة عن معدل انتشار المرض بـ (٣٢٪) من نسبة عدد السكان (العجلوني، ٢٠٠٥)، كما تزيد نسبة الإصابة عند المواطنين أكثر من المقيمين. وتشير الإحصاءات أن نسبة الإصابة بالسكري عند النساء أعلى من نسبة الإصابة عند الرجال، علماً بأن نسبة إصابة الرجال آخذه في التزايد في معظم دول العالم في عصرنا الحالي، (يشنا، ٢٠٠٥).

ولا يختلف الأمر عن ذلك في العالم العربي بأقطاره الـ٢٢ وسكانه الـ٣٠٠ مليون، إذ شهد الوطن العربي خلال العقود الأخيرة تغيرات دراماتيكية في نمط الحياة، والعادات الغذائية التي من شأنها أن تزيد من معدلات الإصابة بالأمراض الإستقلابية المختلفة وخاصة داء السكري وما يرافقه من عوامل خطيرة تهدد الحياة (العلي والخطيب وفرهود ٢٠٠٤).

وعلى الرغم من قلة الإحصاءات والدراسات التي تناولت معدل انتشار مرض السكري قبل عام (١٩٨٠)، إلا أن القلة القليلة من الدراسات التي أجريت أظهرت نسبا تراوحت بين (١.٨٪ - ٣.٢٪) بغض النظر عن الدولة بعينها أو تحديد عينة ما، وهذه النسبة اختلفت بعد عام (١٩٨٠) من حيث معدل الانتشار، حيث تراوحت مابين (٥.١٪ - ١٦.١٪) (العلي ورفاقه، ٢٠٠٤).

والجدول (٢) يوضح نسبة انتشار المرض في بعض الدول العربية، حسب ما ورد في التقرير الذي أعده الدكتور كامل العجلوني، رئيس المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة في الأردن، على خلفية المؤتمر الصحفي المنعقد في المركز في تاريخ السادس عشر من تشرين الثاني من عام (٢٠٠٥).

جدول (٢)

نسبة انتشار مرض السكري في بعض الدول العربية

الـــــــدولة	نسبة انتشار مرض السكري من المجموع الكلي للسكان	الفئة العمرية التي تنتشر بها مرض السكري
الجزائر	٢١٪	-
البحرين	٤٠٪	أكبر من ٤٠ سنة
مصر	٢٨.٦٪	أكبر من ٢٠ سنة
السودان	١٩.٤٪	-
الكويت	٢٢٪	-
عمان	١٩٪	-
قطر	٣٠٪	-
الامارات	٣٢٪	أكبر من ٣٠ سنة
المغرب	٢٤.٢٪	-
تونس	٢٢.٦٪	-
لبنان	٢٢٪	-
الأردن	٢٣٪	أكبر من ٢٥ سنة
السعودية	٤٠٪	أكبر من ٣٠ سنة

- المعلومات عن تقرير الدكتور كامل العجلوني رئيس المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة في الأردن على خلفية المؤتمر الصحفي المنعقد في المركز بتاريخ السادس عشر من تشرين الثاني من عام (٢٠٠٥)

- المعيار الذي يعتمده العجلوني لاعتبار الفرد مصاب بالسكري هو (من ١٠٠ ملغ/ د.ل إلى ١٢٥ ملغ/ د.ل بعد صيام مابين ٨ - ١٠ ساعات)

وقد تختلف معايير التشخيص لمرض السكري من منظمة صحة إلى أخرى، فقد حددت الجمعية الأمريكية لداء السكري (ADA)، معيار الإصابة بالسكري أن تكون قيمة سكر الدم الصباحي، بـ١٢٦ ملغ / ١٠٠ مل٣ فما فوق، أي بعد صيام ليلة كاملة من (٨ - ١٠ ساعات)، في حين تعتبر منظمة الصحة العالمية(NDDG) أن قيمة ١٤٠ملغ ١٠٠ مل٣ فما فوق مشخصة لداء السكري. أما القيم الطبيعية لسكر الدم فتتراوح ما بين (٧٠ - ١٠٩.٨ ملغ/ ١٠٠مل٣). وهذه هي وحدة القياس التي تستخدم عند الإشارة إلى مستويات الجلوكوز في الدم (الباشا و جوخدار،٢٠٠١؛ الجمعية الأمريكية لداء السكري ٢٠٠٤).

أسباب مرض السكر:

لم يكن يعرف السبب الحقيقي للإصابة بداء السكري وخاصة النوع الثاني، إلا أن هناك عدة استنتاجات من قبل بعض العلماء أمثال أوسكار مينكوسكي (*Oscar Minkowski*) الذي يعتبر أول من ربط بين مرض السكري وغدة البنكرياس التي كانت قد أزيلت من جسم الكلب أثناء الجراحة. وهناك بعض الفرضيات والبراهين الحديثة مفادها أن جهاز المناعة في الجسم هو المسؤول عن تدمير خلايا بيتا (β) والمسؤول عن مرض السكري من النوع الأول (أبوطه، ٢٠٠١).

ولكن المعروف أن بعض الأشخاص مهيؤون أكثر من غيرهم للإصابة بالمرض الذي يزداد حدوثه بين الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي تكثر فيه الإصابة بالمرض، كما أنه

كثير الحدوث بين الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم الثلاثين سنة وبين الأفراد البدينين وبين النساء (القباني، ١٩٩٣) .

ومن أسباب الإصابة بمرض السكري:

١- الوراثة:

لا يمكن اعتبار مرض السكري مرضاً وراثياً بحتاً، بمعنى أن الآباء المرضى بالسكري قد لا يكون أبناؤهم مصابين بهذا المرض، ولكن نسبة إصابتهم بالسكري تكون أكثر من غيرهم، وهذه الحقيقة تم إثباتها من قبل الإحصاءات العلمية التي أجريت على مرضى السكري. والمقصود بالوراثة، الوراثة العائلية(الأب، الأم) (الحلبي، ٢٠٠٤).

٢- البدانة:

إن البدانة ليست كافية للتسبب بالسكري، بمعنى أنه ليس كل بدين مصاب بالسكري، ولكن أثبتت الدراسات العلمية أن البدانة من عوامل الخطورة للإصابة بالسكري وإن نسبة هذا المرض تزداد عند البدينين، كما بينت الإحصائيات التي نشرت في مجلة السكري (الصوير، ٢٠٠٤).

٣- بعض الأدوية:

كالأقراص المانعة للحمل، والأدوية الكظرية (الكورتيزون)، وصادات بيتا (*β-blockers*) التي تستخدم في معالجة أمراض القلب والضغط، وغيرها من الأدوية التي قد تساهم في رفع مستوى السكر في الدم (الحلبي، ٢٠٠٤؛ قحبيش، ١٩٩٣).

٤- الانفعالات النفسية الشديدة:

الخوف الشديد، والحزن الشديد، والقلق المستمر، أو الخسارة المادية الكبيرة والمفاجئة كلها أسباب قد تساهم في الإصابة بالسكري، وهنا تجدر الإشارة إلى أن هذه

الحالات النفسية الشديدة ليست المسببة بشكل مباشر لهذا المرض، ولكنها إذا تعرض لها شخص لديه استعداد للسكري، أو مصاب بالسكري بشكل بسيط فإنها تزيد من خطورة الإصابة وتساهم في رفع نسبة السكر في الدم (الحلبي، ٢٠٠٤).

وفيما يخص العوامل النفسية التي تسهم في ارتفاع مستوى السكر في الدم، فقد أظهرت بعض البحوث (Neal, 1995؛ المكاوي وعبد الرحمن، ١٩٩٩) أن هناك علاقة بين الضغوط النفسية ومرض السكري، حيث أظهرت الدراسات أن احتمالات الإصابة بارتفاع نسبة السكر تزيد مع تزايد الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد.

وفيما يخص نمط الحياة فقد أظهرت بعض الدراسات، كدراسة المكاوي وعبد الرحمن (١٩٩٩) أن مرض السكري يكون أكثر انتشاراً في مجتمعات معينة، كما أظهرت تلك الدراسات أن السكن في المدينة والأماكن الحضرية تزيد من احتمالات الإصابة بمرض السكري من النوع الثاني.

٥-الأمراض:

. خاصة الأمراض المعدية كمرض البنكرياس الكحولي، أو التشمع الكبدي، أو الحمى القرمزية التي قد تتسبب في ارتفاع مستوى السكر في الدم، وسبب الارتفاع في هذه الحالة ليس المرض المعدي وإنما الحمى التي ترافق هذا المرض، وقد يختفي السكري بزوال الحمى ويشفى المريض (قحبيش، ١٩٩٣).

٦-الاختلال في عدد من الغدد الصم:

وبالأخص أمراض الغدة الكظرية والنخامية (الحلبي، ٢٠٠٤).

أعراض مرض السكري:

تختلف أعراض مرض السكري باختلاف نوعه، وغالباً ما تظهر الأعراض الشائعة للمرض والتي تشمل زيادة الشعور بالجوع والعطش وكثرة التبول وما قد ينتج عنها من جفاف، وتعب، وإجهاد، ورجفة الأطراف، وإصابة الشرايين والأوردة الصغيرة، وظهور دمامل وفقاقيع مليئة بالقيح في مختلف أعضاء الجسم خاصة في المقعد والرقبة، وارتفاع نسبة السكر في الدم، والإغماء الناتج عن الارتفاع الكبير للسكر، وتكون الأجسام الكيتونية في النوع الأول من مرض السكري، وتزداد حدة هذه الأعراض في النوع الأول من السكري (الحوارني، ١٩٩١).

تظهر لدى المرضى أعراض نفسية عديدة، كالاضطرابات العصبية مثل الخوف الدائم من تفاقم المرض، والقلق، والاكتئاب، والاضطراب النفسي، والأرق، وضعف الذاكرة وسرعة الإثارة واليأس من الحياة. لذا على ذوي المرضى الاهتمام بهم ورفع روحهم المعنوية (الأسمر، ١٩٩٦). ويؤدي عدم ضبط السكر والشحوم في الدم إلى احتمال حدوث مضاعفات خطيرة، ومن هذه المضاعفات التي قد تظهر على المدى القصير، التهابات الجلد، واللثة والأسنان والقناة البولية (*Bloom & Ireland, 1980*) والتي ربما تتطور إلى مشاكل معقدة إذا لم تعالج في الوقت المناسب (*Geggel, 1988*).

يتصف مرض السكري بارتفاع سكر الدم المترافق مع العطش (العلي، ١٩٨٩) والإكثار من شرب الماء الذي يسبب كثرة التبول مما يجعل المصاب بالسكري في حاجة ملحة للإسراع في تعويض السوائل التي يفقدها جسمه، ومن هنا يبرز العرضان الرئيسيان من أعراض داء السكري وهما كثرة التبول والعطش الشديد (القباني،١٩٩٣).

وإذا لم يتم ضبط مستوى السكر والشحوم في الدم فقد تظهر المضاعفات التالية لمرض السكري بعد عدة سنوات من الإصابة به:

١- اعتلال البصر:

وينتج عن إصابة الأوعية الدموية الموجودة في الشبكية والتي تعتبر مصدر الإحساس بالضوء، وربما يؤدي ذلك إلى فقدان البصر(الحوراني، ١٩٩١).

٢- اعتلال الكليتين:

وينتج عن زيادة سمك الشعيرات الدموية، نتيجة لزيادة سكر الدم المتواصل وفقدان الكلية قدرتها على التصفية، وإعادة امتصاص العناصر الغذائية، والتخلص من المواد والمخلفات التمثيلية الضارة (الحوراني، ١٩٩١).

٣- اعتلال الأعصاب:

والذي ينتج عن عدم ضبط مستوى السكر في الدم والذي يؤدي إلى فقدان الإحساس في القدمين وإلى تقرحات قد تلتهب بحيث يضطر معها إلى بتر العضو المصاب كما أن هناك أنواع أخرى من إعتلالات الأعصاب (Patterson, 1988).

٤- أمراض القلب والشرايين:

. تزداد نسبة الإصابة بها عند مرضى السكري، خاصة عند وجود عوامل أخرى مثل السمنة، وارتفاع ضغط الدم، وزيادة الشحوم في الدم والمتمثلة في ارتفاع مستوى الكولسترول المقترن بالبروتينات الشحمية قليلة الكثافة، وانخفاض مستوى الكولسترول المقترن بالبروتينات الشحمية عالية الكثافة، وهي عوامل تلعب دورا هاما في الإصابة بأمراض القلب والشرايين (الحوراني، ١٩٩١).

ويعاني الكثير من مرضى السكري من المتلازمة الأستقلابية (*Metabolic Syndrome*) والتي يمكن اعتبارها مرض القرن، وهي عبارة عن ارتفاع مستوى السكر

والضغط ، والكولسترول في الدم، والسمنة، مما قد يؤدي إلى الإصابة بأمراض جسمية عديدة من أخطرها أمراض القلب (المراشي، ٢٠٠٥).

المراحل التي يمر بها مريض السكري:

١- المرحلة الأولى:

تسبق الإصابة بمرض السكري، وتتمثل في حدوث اضطرابات في التمثيل الغذائي للكربوهيدرات، وتحدث للأفراد الذين لديهم تاريخ عائلي مع مرضى السكري أو السمنة.

٢- المرحلة الثانية:

ويتم في هذه المرحلة التأكد من وجود مرض السكري وذلك من خلال إجراء التحاليل الطبية.

٣- المرحلة الثالثة:

هي من الحالات الشائعة غير المنظورة والتي يبدأ خلالها مرض السكري بالتسلل إلى الجسم بهدوء ويكون مستوى الجلوكوز في الدم في مستواه العادي ولكنه يبدأ في الارتفاع بعد تناول الوجبات (*Damask, 1990*).

٤- المرحلة الرابعة:

في هذه المرحلة تكون نسبة السكر في الدم قليلة ولكن بعد تناول الوجبات تزداد نسبة السكر في الدم حتى تصل إلى نسب عالية.

٥- المرحلة الخامسة:

تسمى بالمرحلة الكيتونية (والكيتونات هي عبارة عن مواد كيماوية يتم إنتاجها عندما يقوم الجسم بتحليل الدهون للحصول على الوقود، ويحدث هذا في حالة عدم وجود الأنسولين الكافي للسماح للجلوكوز بالدخول إلى الخلايا لإمدادها بالوقود، أو عند ارتفاع

مستوى هرمون الضغط النفسي في الدم، وتظهر الأجسام الكيتونية في البول. ويؤدي إلى ارتفاع نسبة تركيز السكر في الدم)(الجمعية الأمريكية لداء السكر، ٢٠٠٤).

٦- المرحلة السادسة:

في هذه المرحلة تزداد ظهور الأجسام الكيتونية في البول وتكون مصحوبة بتراكم حمض الكيتون في البلازما بالدم، ويكون الدم أكثر ميلاً إلى الحمضية.

٧- المرحلة السابعة:

هي مرحلة اشتداد مرض السكري التي تؤدي إلى حالة غير سوية وهي الغيبوبة الكيتونية (Damask, 1990).

القلق :

ينظر للقلق على أنه خلل يصيب السياق السوي لنشاطات الإنسان في خبرة أو أكثر، وبعض مظاهر القلق يمكن اعتبارها عارضاً طبيعياً يزول دون أن يترك آثاراً سلبية على كفاءة الشخص، ومنها ما يتجاوز ذلك لينغص على الفرد حياته (*Barlow, David & Durand, 1998*). و يرى (دولارد وميلر) أن القلق يمثل مشاعر بغيظه مشابهة للخوف الذي يظهر دون تهديد خارجي واضح، وقد يكون القلق حالة سيكولوجية أولية، أو عرضاً لمرض جسمي ضمني أو حالة مرضية (*Walker & Robert, 1983*). بينما يعرف وولكر وروبرتس (*1983 Walker & Robert*) القلق بأنه استجابة أو رد فعل داخلي دون وجود سبب خارجي مهدد بحيث تؤدي هذه الاستجابة إلى إثارة الفرد داخلياً، وقد يرتبط القلق بموضوع أو موقف خارجي غير خطير بحيث يسلك الفرد وكأنه خائف لسبب غير واضح أو معروف.

في حين عرفت موسوعة التحليل النفسي القلق بأنه شعور بالخوف والخشية من المستقبل دون وجود مبرر لذلك، وهو خوف مزمن، فالخوف هنا مرادف للقلق، إلا أن الخوف استجابة لخطر محدد بينما القلق استجابة لخطر غير محدد، ويقتصر القلق على المخاوف العصابية طالما أن مصدر الخطر غير معروف للشخص العصابي (حفني، ١٩٧٨)

أما سبلبيرجر (*1983*) *Speilberger* فيعرف القلق بأنه انفعال غير سار وشعور بعدم الراحة والاستقرار مع الإحساس بالتوتر والخوف اللا مبرر له، واستجابة مفرطة لمواقف لا تشكل خطراً يستجيب لها الفرد بطريقة مبالغ فيها.

مما سبق يمكن القول إن القلق حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهم المتعلق بحوادث المستقبل، والذي يتضمن شعوراً بالضيق وانشغال الفكر وترقب الشر وعدم الارتياح حيال ألم أو مشكلة متوقعة أو وشيكة الوقوع (شيفر وميلمان، ٢٠٠١؛ *Walker &* *Roberts, 1983*).

وقد ميز سبيلبرجر (*Speilberger*) بين نوعين من القلق هما:

١- **حالة القلق** (*Anxiety State*):

تعرف بأنها استجابة انفعالية غير سارة تتسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والخشية والعصبية، وتحدث هذه الحالة عندما يدرك الفرد أن هناك ما يهدده، وهذه استجابة طارئة تزول بزوال الأمر المقلق.

٢- **سمة القلق** (*Anxiety Trait*):

تعرف بأنها استعداد ثابت نسبياً لدى الفرد، إذ تتصف بقدر أكبر من الاستقرار بالمقارنة مع حالة القلق، وهناك فروق فردية بين الأفراد في كيفية

إدراكهم للعالم، ويقال بأن الفرد يمتلك سمة القلق عندما يدرك العالم باعتباره مصدراً للتهديد والخطر على الأعم الأغلب (*Oltmanns & Thomas, 1998*).

النظريات المفسرة للقلق :

١- التفسير الحيوي:

يؤكد على دور الجهاز العصبي المركزي، فقد يكون القلق ردة الفعل غير المتعلمة والتي تنشط من خلال اختلال الوظيفة البيوكيمائية للدماغ كما في حالة اضطراب الهلع. في حين أن الصور الأخرى للقلق تكون متعلمة، وهناك بعض الدراسات كما وردت في اولتمس وثومس (١٩٩٨) *Oltmanns&Thomas* التي تشير إلى أثر العامل الوراثي للاضطراب، كما في اضطراب الفزع و الرهاب، أما تأثيرات البيئة المحيطة فتبدو أعظم في حالات المخاوف المرضية المحددة (*Oltmanns & Thomas, 1998*).

٢- تفسير التحليلي النفسي:

. يمثل القلق أحد المفاهيم الرئيسية في المدرسة التحليلية،ويعرف التحليليون القلق على أنه حالة من التوتر تدفعنا إلى عمل شيء ما، تتطور هذه الحالة من خلال الصراع بين الهو والأنا الأعلى في محاولة كل منهما السيطرة على الطاقة النفسية المتوفرة. ويمكن تصنيف القلق بحسب هذه النظرية إلى: القلق الواقعي وهو الخوف من خطر خارجي ومستوى هذا القلق يتناسب مع درجة التهديد الخارجي وهو ما تعانيه عينة الدراسة الحالية، والقلق العصابي، والقلق الأخلاقي والذين يثاران عن طريق التهديدات الراجعة لميزان القوى داخل الفرد، حيث يبعث هذان النوعان إشارة إلى الأنا مفادها بأنه إذا لم يأخذ الأنا خطوات ضرورية، فإن الخطر سوف يزداد (*Corey, 2005*).

٣- التفسير السلوكي للقلق:

لقد أعطت نظريات التعلم تفسيرات مقبولة للقلق عن طريق الإشراط الكلاسيكي مثل حالات الرهاب، لكنها لم تعطى تفسيراً لحالات اضطراب الفزع (*Panic Disorder*) وحالة القلق المعمم، وقد اعتبرت القلق منعكسا شرطيا نحو المنبهات المؤلمة أو الخطرة فمثلاً، إذا تعرض شخص إلى حيوان مخيف كلما فتح باب المنزل، فإنه سوف يخاف من فتح باب المنزل حتى لو لم يتعرض للحيوان. فاقتران الخوف مثلاً بمثير محايد وهو باب المنزل المتواجد أثناء الخبرة المؤلمة هو ما جعل الشخص يخاف من فتح الأبواب (عبد الله ١٩٩٩).

٤- تفسير النظرية المعرفية:

تركز هذه النظرية في تفسيرها للقلق باعتبار أن الفرد يسبق المواقف بأنماط من التفكير الخاطئ أو المشوه أو السلبي، المبالغ في تقدير خطورة المواقف. وبالتالي يميل الفرد إلى التقليل من قدرته على مواجهة هذه المواقف (*Oltmanns & Thomas, 1998*).

٥- تفسير النظرية السلوكية المعرفية:

إن المبالغة والتهويل في تفسير الفرد لإحساساته الجسمية العادية كالزيادة في ضربات القلب وسرعة التنفس تؤدي إلى إحساس الفرد بأنه في خطر حقيقي قد يؤدي إلى موته إذا لم يتعامل معه بجدية. حيث يفسر الشخص زيادة ضربات قلبه بأنها أزمة قلبية، مما يؤدي إلى زيادة الإحساس بالأعراض السلبية (*Oltmanns & Thomas, 1998*).

أبعاد القلق :

١- البعد الأول: البعد الذاتي (*Self Report Channel*):

يكون من خلال تعبير الفرد لما في داخله كأن يقول "أنا فزعت حتى الموت" ويعبر عن مشاعره من خلال إجراء اختبارات يسجل درجة القلق الذي يعاني منه، مثل قلق السمة (*Trait Anxiety*)، أو في استجابته لمواقف خاصة يدعى قلق الحالة (*State Anxiety*) وتوجد اختبارات لقياس هذا النوع من القلق، ويجب تفسير نتائج هذه الاختبارات بحذر لأن استجابة الفرد لمقاييس تقدير الذات يمكن أن تكون موضوعاً لعدة أنواع من النزعات المقصودة وغير المقصودة، فقد يظهر بعض الأفراد مستويات قلق أقل مما يختبرونه واقعياً من أجل إرضاء المعالج أو من أجل إظهار أنفسهم بأنهم أصحاء اجتماعيا ونفسياً، ولكن بعضهم يبالغ في تقدير الذات من أجل إظهار استجابات تظهر بأنهم مرغوبون من قبل المعالجين أو ربما من أجل جلب الانتباه (*Oltmanns & Thomas, 1998*).

٢- البعد الثاني: الإثارة الفسيولوجية (*Physiological Arousal*):

يشمل هذا البعد نشاط الجهاز الودي العصبي الذاتي (*Sympathetic Branch of the Autonomic Nerves System*)، يظهر القلق على الأشخاص من خلال تغيرات فسيولوجية، مثل اضطرابات التنفس، وارتفاع ضغط الدم، والتعرق، وسرعة نبضات القلب، وتغير لون الجلد، وجفاف الحلق، وتوجد بعض العوامل التي تؤثر في الاستجابات الفسيولوجية مثل: درجة الحرارة، والحركة، ووزن الجسم، والنشاط المعرفي، وقد لا يكفي قياس القلق من خلال نشاط فسيولوجي واحد كسرعة دقات القلب مثلاً، وقد يظهر كل فرد استجابات فسيولوجية تختلف عن الآخر، لذلك لابد من استعمال مقاييس مختلفة.

٣- البعد الثالث: السلوك الجسدي الحركي العلني (Vertsomatic Motor Behavior):

ويشمل الرجفة والتأتأة التي تأتي إما نتيجة للإثارة الفسيولوجية أو وسيلة للتجنب أو الهروب من مثيرات محددة، وتقدير القلق في هذه الحالة يتألف من الملاحظة المباشرة لما يمكن أن يتجنبه الفرد مثل إلقاء خطاب أو أداء امتحان أو لمس حية أو ما شابه ذلك وتقدير الملاحظات من خلال مقياس أو أنظمة تقدير أخرى تسمح بمقارنة الاستجابات السلوكية الظاهرة بأي موضوع آخر، ولكن هذا الأسلوب لقياس القلق يتأثر بالعوامل الاجتماعية أو الموقفية.

ويعد تحديد القلق مشكلة معقدة لأن المصادر الثلاثة للقلق غير مرتبطة جداً مع بعضها، فالشخص الذي يعاني من القلق بسبب موقف ما قد يظهر ردود فعل قوية من خلال بعد واحد فقط، كالبعد الذاتي مثلاً، وبالتالي فإن مثل هذه التناقضات تعزى إلى ظهور القلق في كل مصدر من هذه المصادر الثلاثة حيث يعتبر وظيفة ولا يقتصر على موقف مثير ما، فطالب الجامعة قد يظهر لديه آثار فسيولوجية قوية وتجنباً ظاهراً للكلاب ولكنه يحاول أن ينكر أي قلق حتى لا يظهر أنه غبي مثلاً (*Oltmanns & Thomas, 1998*).

أسباب القلق :

للقلق أسباب كثيرة يمكن أن تأتي نتيجة لصراعات نفسية في اللاوعي، ويمكن تعلم القلق من خلال النمذجة كمشاهدة والدين قلقين كما يمكن أن ينتج من صراعات الطفولة، وقد يكون نتيجة للصراعات والمشاكل السائدة في عصرنا، ويمكن أن ينتج القلق من القلق نفسه وقد ينتج من مخاوف الشعور بالنقص، أو الفقر، أو سوء الصحة وقد يكون نتيجة التهديدات، والصراع، والخوف، والحاجات غير المشبعة، والفروق الفردية:-

١- التهديدات:

هي تلك التهديدات التي تأتي من خطر مدرك أو محسوس، تهدد قيمة الفرد كالقلق من رفض الآخرين، أو القلق من تحرش أحد الأشخاص، أو القلق من انفصال الوالدين أو القلق من احتمال الرسوب في مادة دراسية، أو غيرها من التهديدات (ماكدوال وهوستتلر، ٢٠٠٣).

٢- الصراع:

هناك ثلاثة أنواع من الصراعات التي تسبب القلق:

١. صراع يتعلق بالميل أو الرغبة في تحقيق هدفين مرغوبين من غير الممكن الجمع أو التوفيق بينهما (كأن يختار بين الالتحاق بوظيفة ممتازة في العطلة الصيفية و بين الذهاب مع العائلة لقضاء إجازة طال انتظارها) إذ كلا الخيارين سيكون رائعاً، وغالباً ما يكون اتخاذ مثل هذا القرار صعباً، ويؤدي أحياناً إلى إثارة القلق.

٢. الرغبة في فعل شيء وعدم فعله في نفس الوقت، فعلى سبيل المثال، يمكن لشخص أن يدخل في صراع حول إنهاء علاقة رومانسية تبدو مسدودة، فمن شأن فسخ العلاقة أن يوفر مزيداً من الحرية والفرص، لكنه يمكن أن يكون في نفس الوقت اختباراً أليماً ومعذباً لكلا الطرفين، ويمكن أن يتضمن اتخاذ مثل هذه القرارات قلقاً كبيراً.

٣. إذا وجد بديلان أحلاهما مر كما يقال، مثل المعاناة من ألم أو إجراء عملية يمكن أن تؤدي مع الزمن إلى تخفيف الألم (ماكدوال وهوستتلر، ٢٠٠٣).

٣- الخوف:

المخاوف يمكن أن تأتي استجابة لأوضاع متنوعة. فالناس يخافون من الفشل والمستقبل، وتحقيق النجاح، والرفض، والعلاقات الحميمة، والصراع، وافتقار معنى للحياة (ويسمى هذا أحياناً بالقلق الوجودي)، والمرض، والموت، والوحدة وأشياء أخرى حقيقية أو وهمية (ماكداول وهوستتلر، ٢٠٠٢).

٤- الحاجات غير المسددة:

يمكن تحديد الحاجات الأساسية للبشر من خلال ما توصل إليه علماء النفس إلى ستة حاجات هي كالتالي:

١. البقاء (الحاجة إلى أن يكون للإنسان وجود مستمر).
٢. الأمان (الأمان الاقتصادي والعاطفي).
٣. الجنس (كالتعبير عن الحب ككائن جنسي).
٤. الأهمية (أن له قيمة، وأنه جدير بالاهتمام).
٥. تحقيق الذات (أن ينجز أهدافاً ترضى الذات).
٦. الفردية أو الشخصية (الإحساس بالهوية)

وإذا فشل الناس في تحقيق هذه الحاجات الأساسية فإن القلق يعتريهم ويكونون غير مستقرين أو خائفين ومحبطين.

٥- الفروقات الفردية:

الناس يختلفون في ردود أفعالهم تجاه الأوضاع التي تبدي القلق، فبعض الناس نادراً ما يبدون قلقاً، بينما يبدي آخرون قلقاً معظم الوقت، والكثير منهم يبدي القلق بشكل طبيعي، هناك أشخاص تصيبهم أوضاع أو أحوال مختلفة من القلق أما بالنسبة

لآخرين، فإن مسألة أو مسألتين فقط هما اللتان تحدثان القلق وتعود مثل هذه الفروقات إلى التكوين النفسي للشخص أو شخصيته أو محيطه الاجتماعي أو تكوينه الجسدي أو اللاهوتي:-

التكوين النفسي:

إننا نتعلم معظم سلوكياتنا نتيجة لخبرة شخصية أو تعليم يقدمه لنا الوالدان وأشخاص آخرون ذو شأن، ونحن نتعرض أثناء ذلك لردات فعل نفسية تثير القلق فعلى سبيل المثال، حين نفشل ولابد لنا من المحاولة ثانية، وحين تكون قد تعرضت مشاعرنا إلى الأذى في الماضي، وحين يطالبنا أشخاص أكثر مما نستطيع، وحين نرى القلق في حياة أشخاص آخرين (مثلاً، يتعلم طفل أن يكون قلقاً أثناء العواصف الرعدية لأن أمه كانت قلقة).

تكوين الشخصية:

قد يكون بعض الناس أكثر ميلاً للخوف أو التوتر الشديد من غيرهم، وبعضهم أكثر حساسية أو تمركزاً حول الذات أو افتقاراً إلى الأمان من الآخرين (ماكداول وهوستتلر ٢٠٠٢).

المحيط الاجتماعي:

كالقلق الموجودة في المجتمع نفسه، مثل عدم الاستقرار السياسي، وسرعة الحركة والانتقال الذي يعكر ويشوش إحساسنا بالانتماء إلى مكان معين، وقيمنا المتغيرة، وتغيير المقاييس الأخلاقية، والمعتقدات الدينية وما إلى ذلك.

التركيب الجسدي:

يمكن أن يتسبب وجود المرض في إثارة القلق، لكن القلق يمكن أن يحدث أيضاً بسبب عدم التوازن الغذائي والخلل في الوظائف العصبية. وعوامل كيمائية داخل الجسم (ماكدوال وهوستتلر، ٢٠٠٣).

وقد يكون القلق ناجماً عن مشكلات قانونية تتعلق بالعمل أو الزواج أو الأولاد ومنها أسباب متعلقة بالأمراض حيث يعتبر القلق النفسي من أهم الأعراض المصاحبة لكثير من الأمراض مثل مرض السكري، والذبحة الصدرية، واضطرابات القلب، والربو الشعبي (الدنشاري والبكري، ١٩٩٨).

أما الأسباب المتعلقة بالجانب الخاص بتأثير العقاقير، فالإنسان قد يصاب بالقلق النفسي على أثر تعاطيه الكوكايين والكافيين، وقد ينجم القلق النفسي عن إدمان الخمور والممنوعات والمخدرات، إذ يؤدي الإقلاع عن تعاطي هذه الأدوية إلى ظهور أعراض مرضية على المدمن، ويعتبر القلق النفسي من بين هذه الأعراض (الدنشاري والبكري ١٩٩٨).

وبشكل عام، فإن حالات القلق تقترن بوجود المعتقدات الخاطئة، كالاعتقادات الخاطئة عن الحمية الغذائية، والأقراص الخافضة لسكر الدم، والأنسولين، والاعتقادات الخاطئة عن الحياة كالنظرة التشاؤمية أو اللامبالاة (ميرزا، ١٩٨٢).

أعراض القلق:

أعراض القلق متنوعة، منها النفسية، والفسيولوجية، والسلوكية، ومنها ما يظهر مباشرة على تعابير الوجه، وتختلف هذه الأعراض من شخص إلى أخر، تبعا للموقف الذي يتعرض له، ومن هذه الأعراض:-

١- الأعراض النفسية:

كالشعور بالخوف أو التوجس أو التوتر الداخلي دون أي سبب ظاهر أحياناً أو ضعف القدرة على التركيز الذهني، أو سيطرة الأفكار المشيرة إلى الخطر على الساحة الذهنية، والتنبيه الذهني للخطر مما يؤدي للأرق، خاصة في أول الليل (عبدالرحمن، ١٩٩٩).

٢- الأعراض الفسيولوجية:

الأعراض الناتجة عن زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي (السمبثاوي) وزيادة إفراز هرمون الأدرينالين والنور أدرينالين من الغدة الكظرية:

ومنها أعراض عامة، كاتساع حدقتي العين، وشحوب الوجه، وتعرق راحة اليدين وزيادة سرعة نبضات القلب، وزيادة سرعة التنفس، وارتفاع نسبة السكر، وارتفاع ضغط الدم، وانقباض شرايين الجلد والأحشاء، وزيادة سريان الدم في الدماغ والعضلات، وزيادة توتر العضلات اللاإرادية (عبدالرحمن، ١٩٩٩).

وقد يكون هناك زيادة إفراز هرمون (الفازوبرسين) الموجود في سائل النخاع الشوكي كما هو في الوسواس القهري، أو نقص في مادة (السيريتونين) وهي ناقلات عصبية في المخ (عبدا لرحمن، ١٩٩٩).

- **وقد تطرق الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية الصادرة عن جمعية الطب النفسي، بإختلاف تصنيفاته لأعراض القلق:-**

الأعراض المذكورة من *DSM I* إلى *DSM IV*:

لقد تم تصنيف القلق تحت العصاب في الـ *DSM I* وعند صدور الـ *DSM II* تم تشخيص القلق على أنه الخاصية المميزة للعصاب والتي يتم الإحساس والتعبير عنها مباشرة دون وعي وبطريقة أوتوماتيكية عن طريق التحويل أو النقل أو عن طريق

الميكانزمات الأخرى، ولقد تم جمع الاضطرابات العصابية بمجموعات معتمدة على العملية العامة لسير المرض والتي يشترك بها اللاوعي والصراعات، وميكانزمات الدفاع لكن العديد من الأطباء لا يؤمنون بمبادئ النظرية التحليلية، لذا قام واضعو DSM III بتوظيف منحى وصفي للتوضيح، وأحدها إلغاء مفهوم العصاب كمفهوم عام، وتم إعادة توزيع نماذج العصاب الفردية إلى محكات تشخيصية تعتمد على مظاهر وصفية معظمها تحت اسم الاضطرابات العصابية (DSM- IV, 1994).

ولقد تم تشخيص المحكات التالية للمصاب بالقلق في آخر تحرير لل DSM IV:-

- الخوف الواضح الملحوظ والمتواصل في كل مرة وبشكل مفرط وغير العقلاني والمرتبط بحضور أو توقع شيء، أو موقف أو موضوع محدد، مثل الطيران أو الحيوانات، أو الحقن (كحقن الأنسولين)، أو رؤية الدم.
- اكتشاف الخوف المرضي بأن تكون مثيراته دائمة ثابتة ومباشرة وتؤدي إلى القلق، بينما تكون الاستجابة التي تأخذ شكل مواقف حادة من الرعب الكبير على شكل هجمة ذعر.
- الخوف عند الأطفال يكون على شكل إما بكاء أو نوبات غضب.
- يمكن تمييز الخوف عند الشخص، بأنه خوف غير معقول ولا منطقي.
- يتجنب الشخص الموقف بطريقة ثابتة محددة.
- المواقف المخيفة التي يتجنبها الشخص تكون متوقعة، والضغط النفسي الذي يسببه يكون له أعراض مثل صك الركبتين، والارتجاف بطريقة محددة في المهنة وفي النشاط الاجتماعي، وفي العلاقات الاجتماعية (DSM- IV, 1994, P 462)

كما أن مخاوف الشخص تزداد كلما ابتعد عن مجال اعتاد عليه ولا يحس بأمان بعيداً عنه، وليس بالضرورة أن يكون المنزل آمان له، فقد تكون غرفة واحدة في المنزل فقط، ويرافقه توتر وضغط نفسي حاد وصارم في أي مكان خارج البيت أو أي مكان مغلق (Barlow, 1988).

أنواع القلق :

تم تشخيص عدة أنواع من القلق بحسب ما ورد في (*DSM- IV*) الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية الصادرة في عام (١٩٩٤) عن جمعية الطب النفسي، والاضطرابات المذكورة هي:

١- اضطراب القلق المعمم (*Generalized Anxiety Disorder*):

هو قلق مفرط أو توقع مرتقب يحدث بشكل مستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر، وذلك في عدد من الأحداث أو الأنشطة، والخصائص الأساسية لهذا الاضطراب، وجود قلق غير واقعي أو زائد أو توقع الشر أو الخطر حول مجالين على الأقل من مجالات الحياة، ويتميز بأعراض توتر حركي كالارتعاش وانتفاض الجسد، وأعراض الجهاز العصبي اللاإرادي كخفقان القلب وتصبب العرق وبرودة اليدين (عبدالله، ١٩٩٩، ص٥٦).

٢- اضطراب الفزع (*Panic Disorder*):

عبارة عن هجمة مفاجئة من الخوف الشديد المصحوب بأعراض فسيولوجية، أي هي خبرة مفاجئة غير مريحة من الخوف والرعب، إذ يتضمن القلق خليط من الانفعالات السلبية، ويعتقد بعض الأطباء النفسيون أن الفزع والخوف الشديد ما هو إلا استجابة خوف طبيعية تنطلق في غير وقتها، أي أن الفزع إنذار خاطئ (الفزع أكثر حدة ومفاجئ الحدوث).

وتتسم نوبة الفزع بحدوث أربعة من الأعراض التالية على الأقل: الخفقان، وسرعة معدل دقات القلب، وتصبب العرق، والرجفة، وانخفاض معدل التنفس، والشعور بالاختناق، وألم في الصدر، والغثيان، والدوار، والشعور بالانفصال عن الذات، والخوف من فقدان السيطرة على النفس أو الجنون، والخوف من الموت، والشعور بتخدر الجسم أو القشعريرة (DSM IV, 1994).

٣- الرهاب (Phobia):

هو شعور غير مبرر بخوف مرتقب مصاحب موضوع معين أو وضع خاص، يدرك الفرد خلاله أن مخاوفه ليست عقلانية وغير مقبولة ولا تستند على أي أساس واقعي أو منطقي، ويتمثل الرهاب في تجنب الفرد للمواقف التي تثيره كالخوف من الظلام مثلا، أما تجنب الوجبات المسممة أو المسدسات المحشوة لا تعتبر رهاب لأنها تستند على أساس منطقي.

ولقد تم تقسيم الرهاب لعدة أنواع تبعاً للكلمات اليونانية، فعلى سبيل المثال الخوف من المرتفعات أكروفوبيا (Acrophobia)، الخوف من الأماكن المغلقة (Claustrophobia)، الخوف من الحيوانات (Zoophobia)، الخوف من الدم أو الجرح أو الخوف المستمر من الطائرة (DSM IV, 1994).

٤- الخوف من الأماكن العامة (Agora Phobia):

هو الخوف الشديد من الوقوف والتواجد في أماكن مكشوفة ومفتوحة بحيث يشعر الشخص (المصاب) أنه وحيد ومن الصعب الحصول على مساعدة في مثل هذه الأماكن . وبعض الذين يعانون من هذا الاضطراب لا تظهر لديهم أعراض الهلع (عبدا لله ١٩٩٩، ص٥٦).

٥- اضطراب الوساوس القهرية (Obsessive – Compulsive Disorder):

تعني انقياد الشخص من دون وإرادة للتفكير في أشياء معينة، حث يقوم هذا الاضطراب على افتراضات لا منطقية أو أفكار مشوشة ومزعجة، ويتضمن الوساوس أو الأفعال القهرية، والسلوك القهري هو سلوك علني يأخذ شكل السلوك المعرفي ويؤدي التتابع بين الأفكار والسلوك بصاحبه إلى شعوره بالألم والبؤس (Oltmanns & Thomas, 1998).

٦- اضطراب عصاب ما بعد الصدمة (Post Traumatic Stress Disorder):

هي مجموعة من الأعراض المميزة التي تعقب فشل الفرد في مواجهة متطلبات حدث مؤلم من خلال الأنماط العادية، ويعبر عنها بمشاعر الفزع بعد حادث مؤلم نفسياً يفوت الخبرات المعتادة للبشر (عبدالرحمن، ١٩٩٩).

ويمكن تشخيص هذا الاضطراب في ضوء المحكات التالية:

- أن يخبر الفرد موقفاً صدمياً يتوفر فيه المواجهة، أو أن يشهد الفرد موقف يتضمن موتا حقيقيا، أو تهديداً بالموت، أو تعرضه لإصابة بالغة، أو تهديداً للتكامل الجسمي للذات أو الآخرين، أما الخوف الشديد والعجز والفزع والتهيج بالنسبة للأطفال، فيعبرون عنها بألعاب متكررة تقترن بموضوعات الصدمة أو يكون لديهم أحلام مفزعة دون محتوى واضح.
- أن يمر الحدث الصدمي بخبرة الشخص مرة أخرى وبشكل مستمر عن طريق واحدة على الأقل من الطرق التالية:
  - التذكر المستمر والمزعج للحدث.
  - تكرار الأحلام المزعجة عن الحادث.

- التصور المفاجئ أو الشعور بأن الحادث الصدمي يعاود الحدوث.
- الشعور بالضيق النفسي الشديد عند التعرض لإشارات أو أحداث داخلية أو خارجية ترمز أو تمثل جانباً من ذلك الموقف الصدمي.
- حدوث انتكاسة فسيولوجية عند التعرض لإشارات ترمز إلى ذلك الموقف الصدمي.

- التجنب المستمر للمثيرات التي ترتبط بالصدمة والشعور بالحذر.
- وجود أعراض مستمرة تزيد من الإثارة أو التهيج.
- أن يستمر الاضطراب لمدة شهر واحد على الأقل ويؤدي إلى الكرب أو الضيق النفسي (عبدالرحمن، ١٩٩٩).

الاكتئاب (*Depression*):

يتعرض جميع الناس لفترات من الحزن الشديد من حين لآخر، فهذا جزء من مسيرة الحياة، ولكن إذا لازمت الفرد مشاعر اليأس والقنوط أياماً أو أسابيع متوالية فقد يكون الفرد مصاباً بالاكتئاب.

وإذا كان الفرد مصاباً بمرض مزمن كمرض السكري فإنه أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من شخص آخر غير مصاب بالمرض. فالاكتئاب أكثر انتشاراً وأشد وطأة لدى مرضى السكري من غيرهم كما تؤكده بعض الدراسات، كدراسة لاور(*Lawer, 1990*) ودراسة بات(*Patten, 2005*)، حيث يمكن الإصابة به بعد أن يتم تشخيص الفرد

كمصاب بالسكري، بعد أن يمر المصاب بمشاعر الرفض والغضب. وقد يصاب الشخص بالاكتئاب بعد سنوات من الإصابة بمرض السكري والتعايش معه (توشيت، ٢٠٠١).

لا يعلم أحد بشكل مؤكد حتى الآن سبب تعرض مرضى السكري للاكتئاب أكثر من غيرهم، ولكن قد يكون من أسباب ذلك حقيقة وجوب التعامل مع مرض السكري بشكل دائم، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة حالة الضيق والحزن لدى المصاب. أو قد يصاب به الفرد نتيجة لشعوره بالاختلاف والبعد عن أفراد العائلة والأصدقاء، أو بسبب تدني المستوى الاقتصادي والاجتماعي كالفقر والبؤس وتدني احترام الذات وقلة العلاقات الاجتماعية كما بينته دراسة ديغروت، واوسلاندر، ووليمس، وشيردن، وهيرجوش (*De groot, Auslander, Williams, Sherraden & Haire-joshu, 2003*) التي طبقت على عينة من النساء في الولايات المتحدة الأمريكية، أو قد يكون السبب نتيجة تلف الأعصاب التي تسيطر على المزاج والحالة النفسية للمريض.

ذكر خبراء ألمان أن ثمة علاقة بين مرض السكري والإصابة بالاكتئاب، حيث قال هؤلاء الخبراء إن قابلية مرضى السكري للإصابة بالاكتئاب أو بأعراضه تفوق بصورة كبيرة قابلية الأشخاص الذين لا يعانون من هذا المرض (جيه، ٢٠٠٦).

وقال (برنارد كولتزر) الباحث بمركز أمراض السكري في باد ميرجينتيم إحدى مدن ولاية بادن فيرتمبورج، إن من بين العوامل التي تساهم في إصابة مريض السكري بالاكتئاب، تلك الصعوبات التي يواجهها للتأقلم مع المرض والاحتمالات الكبيرة لحدوث تعقيدات طبية نتيجة لذلك.

وصرح (كولتزر) لصحيفة دورية طبية ألمانية بأن عدم القدرة على السيطرة على مستويات السكر في الدم قد تؤدي أحيانا إلى إحساس بالعجز وعدم القدرة على التصرف

كما أثبتت الاختبارات أن نقص الأنسولين في الدم قد يؤدي أحيانا إلى تغييرات حادة في الحالة المزاجية للمريض مما يؤثر على التركيز ويسبب الشعور بالإرهاق .

والاكتئاب اضطراب نفسي يشعر فيه المريض بالحزن الشديد كما يفقد رغبته في التمتع بمباهج الحياة فيبتعد عن الأقارب والأصدقاء، وقد يضرب عن الذهاب إلى العمل أو مشاهدة التلفاز أو قراءة الصحف، وقد لا يهتم بنظافته وأمور حياته، وقد يصاب الفرد بالاكتئاب بعد الإصابة بالقلق النفسي. وهناك حالات يصاب فيها الفرد بالاكتئاب والسكري في وقت واحد، كما تؤكد بعض الدراسات أن حوالي (٨٠٪) من المرضى الذين يشكون من القلق أو الاكتئاب يكونون مصابين في الغالب بالسكري وبإحدى العرضين في وقت واحد، ويصيب الاكتئاب واحداً من كل أربعة أشخاص خلال مرحلة ما من مراحل الحياة (جيه، ٢٠٠٦).

ويعرف كولز (1982) Coles الاكتئاب أنه خبرة وجدانية ذاتية تتميز بأعراض الحزن والتشاؤم، وفقدان الاهتمام، واللامبالاة، والشعور بالفشل، وقلة الرضا، والرغبة في إيذاء الذات، والتردد ونقص القدرة على البت في الأمور، والشعور بالإرهاق، وفقدان الشهية ومشاعر الذنب، واحتقار الذات، وبطء الاستجابة وعدم القدرة على بذل أي جهد، بينما يعرفه زهران (1997) بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه.

فسيولوجية المرضى المصابين بالاكتئاب:

لقد تقدم العلم كثيراً في مجال اكتشاف أسرار كيمياء المخ، وذلك من خلال التعرف على وظائف أعضاء جسم الإنسان ورصد التفاعلات الطبيعية التي تحدث في حالة الصحة وحالة المرض النفسي (الشربيني،٢٠٠١ أ).

لقد وجد أن الاكتئاب يكون مصحوباً بتغير في إفراز الهرمونات ووظائف الغدد الصم في الجسم، وتغيرات الأوعية الدموية الناجمة عن ضغط الدم المرتفع أو داء السكري أو ارتفاع مستوى الكولسترول التي قد تتلف مساحات صغيرة من نسيج الدماغ (كرا ملينغر ٢٠٠٢).

والهرمونات هي مواد طبيعية يتم إفرازها عن طريق هذه الغدد، ولها علاقة مباشرة بالكثير من الوظائف الحيوية، كما أنها تؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على الحالة النفسية، ومن الغدد الصم الرئيسة في الجسم، الغدة النخامية، والغدة الدرقية، والغدد التناسلية، والبنكرياس (الشربيني، ٢٠٠١ ب).

تفسيرات حدوث الاكتئاب:

١- التفسير التحليلي للاكتئاب:

ينظر أتباع المدرسة التحليلية إلى الاكتئاب باعتباره نتاجاً للتفاعل بين الدوافع (الرغبات) والجوانب الوجدانية بما فيها مشاعر الذنب، والخسارة، في العام الأول من العمر. كما أشار أبراهام (Abraham) المشار إليه في (إبراهيم، ١٩٩٨) إلى الاكتئاب باعتباره ناتجاً عن عدم قدرة الفرد على تلبية رغباته الجنسية، وإشباع حاجات الحب لديه، مما يدفعه إلى توجيه شعوره بالغضب والكراهية والعداء إلى الداخل، أي نحو الذات وهذا هو الاكتئاب.

بينما يشير فرويد إلى الكثير من أوجه الشبه بين الحزن العادي نتيجة فقدان الحب وبين الاكتئاب المرضي، فالاكتئاب من وجهة نظر فرويد يحدث ويشتد إثر فقدان الحب، ونوبات الحزن التي تشتد وتنفجر وهي نتيجة أساسية للإحساس بالشعور بالذنب

الشديد، وكأن كراهيتنا اللاشعورية هي التي تتسبب في انعدام أو فقدان الحب، مما يضاعف الشعور بالاكتئاب والغضب الداخلي واتهام الذات (إبراهيم، ١٩٩٨).

٢- تفسير نظرية التدعيم (السلوكية) للاكتئاب:

يرى أقطاب هذه النظرية من أمثال لوينسن (*Lewinsohn*)، واينشتاين (*Weinsien*)، وشو (*Show*)، وجلاسر (*Glasser*)، أن الاكتئاب مرتبط بفكرة التدعيم خاصة خفض التدعيم الايجابي، الذي من شأنه أن يترك أثاراً سلبية على الفرد منها الشعور بالبؤس وعدم الارتياح، وانتقاص قيمة الذات، والشعور بالذنب، والإحساس الفعلي بالإرهاق، والانعزال الاجتماعي، والمشكلات البدنية، وانخفاض معدل النشاط (عسكر ١٩٨٨).

٣- تفسير النظرية المعرفية لحدوث الاكتئاب:

يفسر أقطاب المدرسة المعرفية الاكتئاب بأنه اضطراب في التفكير، إذ يرى بيك (*Beek*) أن مشاعر البؤس أو الحزن المصاحبة للاكتئاب هي نتاج الأفكار الفورية (الأوتوماتيكية) التي يشعر بها الفرد، كالنظرة السلبية نحو العالم والذات والمستقبل، وهذا ما اسماه بيك (*Beek*) بالمثلث المعرفي للاكتئاب وهذا من شأنه أن يؤدي إلى الشعور بالحرمان والنقص والانهزام (*Beek, 1967*).

أسباب الاكتئاب:

هناك العديد من أسباب الاكتئاب، ومن هذه الأسباب الوراثة التي قد تزيد من احتمالية إصابة الفرد بالاكتئاب إذا كان أحد أفراد العائلة مصاباً به، أو الشخصية حيث هناك أشخاص مهيؤون أكثر من غيرهم للإصابة بالاكتئاب كالموسوسين، والمحيط العائلي الذي قد يؤدي إلى زيادة احتمالية الإصابة بالاكتئاب وخاصة إذا ما تعرض الأطفال إلى

سوء المعاملة أو الإيذاء الجسدي أو الجنسي أثناء فترة الطفولة، كما أن نوع الجنس هو الأخر قد يكون سبباً من الأسباب، كما يمكن أن تكون الإصابة بالأمراض المزمنة طويلة الأمد كمرض السكري وضغط الدم والفشل الكلوي وأمراض القلب من أسباب الاكتئاب كذلك الكرب وأحداث الحياة تزيد من حالة الضيق النفسي والحزن لدى الأشخاص كموت أحد الزوجين أو الانفصال أو خسارة وظيفة أوغيرها من الأحداث (ماكنزي ٢٠٠٤).

وهذه الأسباب قد تتمثل في العديد من العوامل (الجينات، والشخصية، والمحيط العائلي، وفقدان أحد الوالدين في الطفولة، وسوء المعاملة أو الإيذاء الجسدي أو الجنسي في الطفولة، ونوع الجنس، وأنماط التفكير، وافتقاد المقدرة على التحكم بالمصير، وأمراض الإعاقة الطويلة الأمد، والكرب وأحداث الحياة، والمرض الجسدي، والأدوية والعقاقير والافتقار إلى ضوء النهار):-

١- الجينات:

. الجينات هي من العوامل التي تسهم في الإصابة بالاكتئاب، حيث توجد العديد من الجينات المسؤولة عن ذلك، إلا أن أحداً لم يتوصل إلى الآن حول كيفية عمل هذه الجينات، ولا يوجد دليل مباشر لدور الوراثة في الإصابة بمعظم أشكال الاكتئاب. فالفرد لن يصاب بالاكتئاب بمجرد أن والدته، أو والده، أو شقيقه قد يعاني منه، ولكن خطر الإصابة به قد يزداد في حال وجود فرد من أفراد الأسرة مصاب بالاكتئاب.

ومن الصعب وضع تصورات لخطر الإصابة بالاكتئاب لأن أهمية الجينات تختلف باختلاف أنواع الاكتئاب، فمثلاً تعتبر العوامل الوراثية أكثر أهمية في الاكتئاب المزمن مما هي عليه في الاكتئاب الخفيف، وأكثر أهمية عند الشباب الذين يصابون بالاكتئاب مما

هي عند الأشخاص الأكثر سناً المصابين به (إذ ينتشر الاكتئاب بين فئة الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٠ - ٣٠ سنة، بشكل كبير)(خضر، ٢٠٠٥)، وقد تكون الجينات بالغة الأهمية عند أقلية من الأشخاص الذين يشهدون فترات من الأمزجة السعيدة والأمزجة السيئة، وهو ما يعرف بالاكتئاب الهوسي (ماكنزي، ٢٠٠٤).

٢- الشخصية:

لا تقتصر الإصابة بالاكتئاب على شخصية دون أخرى، ولكن هناك أشخاص مهيؤون أكثر من غيرهم للإصابة بالاكتئاب، كالأشخاص الموسوسين، والصارمين والذين يكتمون مشاعرهم، والأشخاص الذين ينال منهم القلق بسهولة، كما أن الأشخاص الذين يملكون أمزجة متقلبة أو ثابتة أو مكتئبة يكونون أكثر عرضة للمرض الهوسي - الاكتئابي

٣- المحيط العائلي:

يعتقد أن أنواعاً معينة من الأحداث السيئة في طفولة شخص ما تزيد من احتمال إصابته بالاكتئاب:

- كفقدان أحد الوالدين في الطفولة.
- نوع الأبوين، كالآباء المتسلطين، وكثيري الانتقاد يكون أبناءهم أكثر عرضة للاكتئاب.
- سوء المعاملة أو الإيذاء الجسدي أو الجنسي في الطفولة، إذ أظهرت الدراسات أن نصف الأشخاص الذين يزورون طبيباً نفسياً كانوا قد تعرضوا لنوع من التودد الجنسي غير المرغوب في أوائل فترة المراهقة أو الطفولة(ماكنري، ٢٠٠٤).

٤- نوع الجنس:

قد يكون من المحتمل أن عدد النساء الذين تم تشخيصهم بالاكتئاب يصل إلى ضعف عدد الرجال، ولكن هذا لا يعني بالضرورة أن النساء أكثر عرضة للاكتئاب، فقد يعود السبب إلى أن النساء يعترفن غالباً بالإصابة بالاكتئاب أكثر من الرجال، أو أن الأطباء يتعرفون بسهولة أكثر إلى الاكتئاب عند النساء، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى، فإن النساء تتعرضن لضغوط اجتماعية تفضي إلى الاكتئاب لا يحتمل أن يصادفها الرجال مثل التواجد في المنزل مع أولاد صغار (Lloyd & Brown, 2002)

كما أن هناك تغيرات هرمونية تمر بها المرأة خلال دورة الحيض، وتلك المرتبطة بالحمل والولادة وسن اليأس، والتي قد تجعل النساء أكثر عرضه للاكتئاب، أو تثير لديهن نوبة من المرض الاكتئابي (ماكنزي، ٢٠٠٤).

٥- أنماط التفكير:

يختلف الأشخاص في نظرتهم لأنفسهم وللمستقبل وللعالم من حولهم، حيث إن هناك بعض الأشخاص يكونون سلبيين جداً تجاه أنفسهم، لذا فإنهم أكثر عرضه للاكتئاب من غيرهم، وهذا ما أشار إليه عالم النفس الأمريكي آرون بيك (A-Beck) الذي قال:- أن معظم الأفراد يملكون أسلوباً متفائلاً في التفكير يبقيهم مسرورين نوعاً ما معظم الوقت ويميل الإنسان بطبعه إلى التقليل من شأن إخفاقاته والإفادة ما أمكن من نجاحاته، فعلى سبيل المثال، إذا أوقع شخصاً كوباً في مقهى مزدحم، فقد يقول " إن الأكواب كانت ممتلئة بشكل مفرط، أو أن شخصاً ما قد دفعني " أي أنها لم تكن غلطة الشخص.

بينما إذا تمكن الشخص من اجتياز حشد من الأشخاص دون أن يريق نقطة من الكوب، فلن يقول الشخص على الأرجح إن الأكواب كانت غير مليئة بشكل أقل، أو أن

الجميع كانوا حريصين على دفعه، أو قد يدعي الشخص أن الأمر إنما هو مهارة فذة من قبله، غير أن بعض الأشخاص المعرضين للاكتئاب يفكرون بطريقة مغايرة، فهم يميلون إلى التقليل من شأن نجاحاتهم ويطيلون التفكير في إخفاقاتهم (ماكنزي، ٢٠٠٤).

٦- افتقاد المقدرة على التحكم بالمصير:

يعتقد بعض الاختصاصيين أن الأشخاص الموجودين لوقت طويل في وضع لا يملكون حياله أية قوة للتغير ولا يستطيعون الإفلات منه، يكونون أكثر عرضه للاكتئاب وقد جاءت هذه الفكرة من تجارب على الكلاب أجراها علماء النفس، فقد وجد أن الكلاب تثبط من عزيمتها وتستسلم وتأكل أقل إذا وضعت في ظروف تجريبية وعوقبت عقاباً خفيفاً من دون سبب ظاهري، وكانت لا تملك سبيلاً للحد من العقاب، وقد أطلق علماء النفس على ذلك اسم العجز المكتسب بالتعلم (Learned Helplessness)، ولكن اختصاصيين آخرين يعتقدون أنه من الصعب الموازنة بين أفعال الكلاب وأفعال البشر ومن الصعب جداً القول ما إذا كانت الكلاب أصيبت أصلاً بالاكتئاب، ومع ذلك، فإن معدلات الاكتئاب تكون مرتفعة بين المرضى المقيدين في الفراش أو بالكرسي ذي العجلات الذين يعتمدون على الممرضات في كل شيء (ماكنزي، ٢٠٠٤).

٧- أمراض الإعاقة الطويلة الأمد:

يمكن أن يزيد الانزعاج والإعاقة والتبعية وعدم الاستقرار من احتمال إصابة الشخص بالاكتئاب، ففي الأوضاع العادية يفضل معظمنا أن يكون متمتعاً بالاستقلالية وأن يلتقي بالشخص الذي يريد، لكن أن يكره الشخص على البقاء في وضع يكون فيه عاجزاً نسبياً قد يكون سبيلاً لجعل الأشخاص المصابين بعلل وخيمة عرضه للاكتئاب

أو قد تكون الطاقة اللازمة لمحاربة الاكتئاب قد استنفذت نتيجة الأمراض الطويلة الأمد كما أن المخاوف بشأن عدم الاستقرار المالي قد تكون ذات أثر مهم أيضاً.

٨- الكرب وأحداث الحياة:

يمكن أن يؤدي الضيق النفسي إلى الاكتئاب سواء تجلى ذلك في شكل حدث مفاجئ وقاهر أم كرب طويل الأمد. ويتضاعف الاكتئاب ست مرات أكثر في الأشهر الستة التي تلي حدثاً مسبباً للكرب على نحو ملحوظ، فالكرب قد يجعلك أكثر عرضة للاكتئاب أو قد يكون بحد ذاته سبباً له (ماكنزي، ٢٠٠٤).

وهناك أحداث في الحياة، كفقدان الزوج أو خسارة الوظيفة (وقد تكون القشة التي تقصم ظهر البعير) إذا كان الشخص يواجه صعوبات طويلة الأمد كمشاكل في السكن، أو الزواج، أو العمل، وتفاقم المشاكل الطويلة الأمد لها تأثير المشكلة القصيرة، والواقع أن المعاناة التي قد تعمل بمثابة محرض للاكتئاب قد تكون أيضاً نوعاً من الخسارة، مثل خسارة ماء الوجه أو فقدان الاحترام للذات عبر علاقة مدمرة.

ومن أهم عشرة أسباب مسببة للكرب في الحياة والتي قد تسبب الاكتئاب، هي كالتالي:

- موت الزوج أو الزوجة.
- الطلاق.
- الانفصال الزوجي دون طلاق.
- قضاء مدة في السجن.
- موت صديق مقرب.
- إصابة أو مرض.

- الزواج.
- خسارة الوظيفة.
- مصالحة زوجية.
- التقاعد.

ويمكن أن يفضي حدث واحد فقط من كل عشر خسارات من هذا النوع إلى الاكتئاب، وهناك العديد من أشكال المعاناة الأخرى في الحياة التي تسبب أحياناً الاكتئاب، لكنها لا تنطوي على أي نوع من الخسارة (ماكنزي، ٢٠٠٤).

٩- المرض الجسدي:

يمكن أن يسبب المرض الجسدي الاكتئاب، فالصدمة التي يتعرض لها الشخص نتيجة اكتشافه أنه يعاني من مرض خطير قد تسبب له فقدان الثقة بالنفس والاعتداد بالذات وبالتالي الاكتئاب، ولكن الأسباب معقدة فعلاً، فعلى سبيل المثال، يشيع الاكتئاب كثيراً بعد نوبة قلبية، وذلك لشعور الأشخاص بأن نهايتهم قد أصبحت قريبة وأن عليهم مواجهة الموت بأنفسهم، أو لإصابتهم بحادث يسبب لهم الإعاقة، وعند الكبار في السن: تعتبر العلل البدنية التي يعانون منها من الأسباب الأكثر شيوعاً للاكتئاب "ضخامة الأطراف، الأورام الدماغية، الخرف، مشاكل القلب، داء باركنسون، الداء السكري).

وهناك بعض الأمراض التي قد تسبب الاكتئاب بسبب طريقة تأثيرها في الجسم فالاكتئاب قد يصاحب داء باركنسون والتصلب المتعدد (Multiples Sclerosis) بسبب تأثيرهما في الدماغ إلى حد كبير، كما أن الأمراض المؤثرة في الهرمونات قد تسبب الاكتئاب، وثمة رابط أيضاً مع بعض الأمراض الفيروسية، فعلى سبيل المثال وباء الأنفلونزا يتبعه غالباً الاكتئاب (الحلبي، ٢٠٠٥).

١٠- الأدوية والعقاقير:

هناك بعض الأدوية الموصوفة يمكن أن تسبب الاكتئاب، لذا لا يمكن تناول أي عقار دون استشارة الطبيب، مع أن بعض العقاقير قد لا تسبب دوما الاكتئاب، إلا أن التوقف عن تناولها قد يكون أكثر خطورة من الاكتئاب بذاته.

كما أن المواد غير الموصوفة قد تؤدي أيضاً إلى الاكتئاب، فللكحول تأثيرات مباشرة على الدماغ وقد تجعل الفرد يشعر بالاكتئاب، وقد يسبب الإدمان الكحولي الاكتئاب وبالطريقة نفسها يمكن للعقاقير الإستجمامية أن تسبب الاكتئاب عبر التأثيرات المباشرة والصدمة التي تتركها على أسلوب حياة الفرد، ومن الأدوية التي قد تسبب الإصابة بالاكتئاب: " الأقراص المضادة للصرع، والعقاقير المعالجة لضغط الدم المرتفع، والعقاقير المضادة لداء باركنسون، وحبوب منع الحمل (حبوب منع الحمل المشتركة وربما حبوب البروجستيرون فقط)، ومدررات البول، والمهدئات القوية، أدوية الستيرويد (للربو، والتهاب المفاصل، وغيرهم) (ماكنزي، ٢٠٠٤).

١١- الافتقار إلى ضوء النهار:

يشعر معظم الأفراد بشعور أفضل في الأيام المشمسة مما في الأيام الملبدة بالغيوم ويفضلون الصيف على الشتاء، لكن هذا الأمر يؤدي إلى نمو منحنى متطرف عند بعض الأفراد، فهم يكونون على ما يرام في الصيف، لكنهم يصابون بالكآبة كلما أصبح اليوم أقصر في بداية الشتاء، ويقال إنهم يعانون من الاضطراب العاطفي الموسمي (SAD).

وقد يرتبط الاضطراب العاطفي الموسمي بمستويات هرمون الميلاتونين، الذي يتحرر من الغدة الصنوبرية في الدماغ، والواقع أن تحرير هذا الهرمون له علاقة بالضوء، إذ يجري إفراز المزيد منه في الظلام، ويعتبر العلاج الضوئي فعالاً جداً أحياناً للتخلص من

أعراض الاضطراب العاطفي الموسمي، فالتعرض لضوء ساطع منبعث من مصباح خاص لمدة أربع ساعات يومياً قد يعالج الاكتئاب في غضون أسبوع تقريباً (ماكنزي، ٢٠٠٤).

أعراض الاكتئاب:

للاكتئاب عدد من الأعراض، وهي كالتالي:-

١- حزن دائم:

إذ يشعر الفرد بالإحباط أو الحزن أو الفراغ وقد يبكي طوال الوقت أو يشعر باللامبالاة – أي لا يكون الفرد حزيناً ولا سعيداً.

٢- التهيج:

قد يتهيج الفرد بسهوله وقد يغضب من أمور لم يكن ينزعج منها قط.

٣- مشاعر القلق:

قد يكون الفرد عصبياً أو قلقاً أو مشغولاً بهموم تافهة على نحو غير اعتيادي، فيعمد إلى تضخيم الأمور على الدوام، وقد يشعر الفرد بالقلق أو يعاني من انزعاج أو مغص في المعدة.

٤- فقدان الاهتمام أو المتعة في الحياة:

قد يفقد الفرد القدرة على الاستمتاع بين الناس أو في الهوايات أو النشاطات التي كانت ذات متعة من قبل (كراملينغر، ٢٠٠٢).

٥- إهمال المسؤوليات الشخصية أو الرعاية الشخصية.

كإهمال الفرد لمظهره الخارجي وللبسه وإهماله لمواعيده وعدم أخذ الأمور بجدية.

٦- تغيرات في عادات الأكل:

فقدان الرغبة في الأكل، أو الأكل بإفراط وزيادة الوزن.

٧- **تغيرات في أنماط النوم:**

كمشكلات في النوم خلال الليل والاستيقاظ باستمرار أو الاستيقاظ في ساعات الصباح الأولى وعدم القدرة على النوم مجدداً

٨- **التعب وفقدان الطاقة:**

كأن يعاني الفرد من انخفاض في مستوى الطاقة ويشعر بالتعب طوال الوقت، وقد يتحرك الفرد ببطء ويتحدث ببطء.

٩- **تضاؤل التركيز والانتباه والذاكرة:**

قد يواجه الفرد مشكلة في التركيز وعدم القدرة على إبقاء انتباهه على مهامه أثناء العمل أو المدرسة أو المنزل، وقد يصبح اتخاذ القرارات، حتى البسيطة منها، أكثر صعوبة، وقد ينسى الفرد الإشباع بسهوله.

١٠-تغيرات مفرطة في المزاج:

ينقلب مزاج الفرد بشكل كبير بين الشعور بالنشاط والخفة إلى اليأس في غضون فترة قصيرة من الوقت.

١١-الشعور بالعجز:

قد يشعر الفرد بأنه عاجز عن السيطرة على حياته وقد يقع بسهولة تحت وطأة الضغط ويصبح أكثر اعتماداً على بقية الأشخاص حتى في المهام البسيطة (كراملينغر، ٢٠٠٢).

١٢-الشعور باليأس:

قد يواجه الفرد صعوبة في التطلع إلى مستقبل مشرق وإيجابي، ويشعر بأن الأمور لن تتحسن أبداً.

١٣-الشعور بعدم الجدوى أو الذنب:

قد يشعر المكتئب بأنه ليس جيداً بقدر الأشخاص المحيطين به، مما يدفعه للانعزال عن الآخرين وقد يشعر بالذنب دونما سبب معين.

١٤-التفكير السلبي الدائم:

قد يصبح الفرد متشائماً ويسيء تقدير ذاته ولا يصدق بأن الأمور سوف تتحسن وتصبح مثل هذه العبارات شائعة لديه ك " لست جيداً " أو" لست قادراً " أو "ما الجدوى "

١٥-عوارض جسدية لا تستجيب للمعالجة:

كالمعاناة من الصداع أو اضطرابات المعدة أو الألم المزمن، وهذه العوارض مرتبطة عموماً بالاكتئاب.

١٦-ازدياد استعمال الكحول أو العقاقير:

يعتقد المكتئب أنه من خلال تناوله للكحول والعقاقير غير المشروعة قد يخفف من عوارض الاكتئاب. إلا أن هذه المواد تؤثر على وظيفة الدماغ مما يجعل الأمور أكثر سوءاً.

١٧-الأفكار الانتحارية والرغبة في الموت:

كأن يتمنى الفرد لو كان ميتاً، وتراوده أفكار مثل: " لو يأخذني الله، لكنت أرتاح "أو " لو أستطيع فقط النوم وعدم الاستيقاظ أبداً، لكانت عائلتي تشعر بالارتياح "، وقد يراود الفرد أفكار فعلية بقتل نفسه (كراملينغر، ٢٠٠٢).

أنواع الاكتئاب:

يتخذ الاكتئاب أشكالاً عدة، وما يميز هذه الأشكال عن بعضها هي العوارض والظروف المرتبطة بكل منها، وفي الغالب لا يوجد تمييز واضح بين مختلف أنواع الاكتئاب وقد تتشارك في العديد من الخصائص (كراملينغر، ٢٠٠٢).

وهناك (٢) أنواع رئيسية ذات خصائص بارزة من الاكتئاب:

١- **الاكتئاب الخفيف (Mild):**

في الاكتئاب الخفيف (Mild) قد يظهر المزاج المكتئب ويختفي، ويبدأ المرض غالباً بعد حدث معين مسبب للضيق، وقد يظهر الشخص مشاعر القلق، بالإضافة إلى فتور الهمة والاكتئاب، وغالباً ما يكون إدخال بعض التغييرات على نمط الحياة هو كل ما يحتاجه المرء لإزالة هذا النوع من الاكتئاب.

٢- **الاكتئاب المعتدل (Moderate):**

في الاكتئاب المعتدل، يكون مزاج المكتئب مستمراً وتظهر على الشخص أعراض جسدية، رغم أن هذه الأعراض تختلف بين إنسان وآخر، ومن غير المرجح أن يكون إدخال بعض التغييرات على نمط الحياة مجدياً لوحده، لذلك قد تبرز الحاجة إلى المساعدة الطبية.

٣- **الاكتئاب الحاد:**

الاكتئاب الوخيم أو الحاد هو مرض مهدد للحياة تكون أعراضه شديدة، إذ يعاني الشخص فيه من أعراض جسدية وأوهام وهلوسات، ومن الضروري مراجعة الطبيب بأسرع وقت ممكن (ماكنزي، ٢٠٠٤).

إلى جانب هذه المصطلحات الأساسية للاكتئاب، هناك مصطلحات أخرى، وهي كالتالي:

١- **الاكتئاب التفاعلي:**

يمكن استخدام هذا المصطلح بطريقتين، الأولى تستخدم كلمة تفاعلي (Reactive) لوصف اكتئاب ناجم عن حدث مسبب للكرب - كفقدان وظيفة - لا يدوم في العادة طويلاً، كما يمكن وصفه بأنه مغالاة قصيرة الأمد لرد فعل طبيعي ناتج عن مشكلة أو محنة

وقد تكون النصيحة والدعم العائلي والسيطرة على الكرب والقيام ببعض الخطوات العملية هو كل ما يحتاج إليه لمعالجة هذا النوع من الاكتئاب.

كما يمكن للحدث المسبب للكرب أن يطلق أحياناً اكتئاباً أكثر حدة، كما يمكن للأشخاص المعرضين للاكتئاب أن يشهدوا أحداثاً مسببة للكرب بعد إصابتهم بالاكتئاب وإذا حدث ذلك، فإنه يصعب تماماً تحديد ما إذا كان الاكتئاب حقاً هو رد فعل طبيعي للضيق والكرب، كما يستخدم مصطلح تفاعلي أيضاً لوصف اكتئاب يبقى الشخص خلاله قادراً على التفاعل مع الأوضاع الاجتماعية والاستمتاع بها (ماكنزي، ٢٠٠٤).

٢- الاكتئاب الداخلي المنشأ:

حيث يظهر الاكتئاب الداخلي المنشأ (Endogenous) من دون سبب، ويكون شديداً عادة ويحتمل أن ترافقه أعراض جسدية، مثل فقدان الشهية، ونقص الوزن والاستيقاظ باكراً بمزاج سيء، وفقدان الرغبة بالجنس، وعادة ما يتحسن المكتئب من هذا النوع مع المعالجة، لكن المشكلة في استعمال هذه الطريقة المحددة لتعريف الاكتئاب يكمن في احتمال ظهور الأعراض نفسها عند بعض الأشخاص نتيجة أحداث مكربة.

٣- الاكتئاب العصابي:

يستخدم هذا المصطلح لوصف شكل خفيف من الاكتئاب يشهد خلاله الشخص أياماً جيدة وأخرى سيئة، ويميل الشخص إلى الشعور أكثر بالاكتئاب خلال المساء، وفي هذا النوع من الاكتئاب، قد يواجه الفرد صعوبة في الخلود إلى النوم ويعاني من نوم متقطع لكن دون الاستيقاظ باكراً في الصباح، وينام بعض الأشخاص بإفراط فيما يجد البعض الآخر أنهم أصبحوا أكثر انفعالاً من المعتاد.

وأحيانا، تستعمل كلمة عصابي (Neurotic) كمصطلح ازدرائي، لذلك لا يستخدم مصطلح الاكتئاب العصابي كثيراً هذه الأيام، وتعبر هذه التسمية، معنى آخر للاكتئاب الخفيف (ماكنزي، ٢٠٠٤).

٤- الاكتئاب الذهاني:

الاكتئاب الذهاني (Psychotic Depression) هو اكتئاب حاد، يعاني الأشخاص المصابون به من أعراض جسدية، وقد يفقدون الصلة بالواقع نتيجة للأوهام أو الهلاوس التي يشعرون بها، ويحتاج المصابون به دوماً إلى معالجة طبية.

٥- الاكتئاب الثنائي القطب:

الاكتئاب الثنائي القطب (Bipolar) هو اسم آخر للذهان الهوسي-الاكتئابي (Manic Depressive Illness) والواقع أن الأشخاص الذين يعانون من ذهان هوسي اكتئابي يظهرون مزاجاً مرحاً مستمراً وفترات متواصلة من المزاج الكئيب الذي قد يراوح بين الاكتئاب الخفيف والحاد، وحين يصاب الشخص بهذا النوع من الاكتئاب، فهو يشعر غالباً بالابتهاج، وتقل حاجته للنوم أو للطعام عما هو معتاد، ويتملكه شعور عام بالصحة والعافية، كما يتمتع بمقادير مفرطة من الطاقة، ويتحدث بسرعة كبيرة، ويشعر كما لو أن الأفكار تتسابق في رأسه.

٦- الاكتئاب الأحادي القطب:

الاكتئاب الأحادي القطب (Unipolar) هو مصطلح يستخدم لوصف الاكتئاب الذي يعاني منه أغلبية الناس، ويعني أن الأشخاص يظهرون مزاجاً كئيباً إلى جانب المزاج المرح.

٧- الاكتئاب الهياجي:

الاكتئاب الهياجي (Agitated) هو في الواقع وصف لأعراض هذا النوع المحدد من الاكتئاب، الذي يكون فيه الفرد قلقاً ومنزعجاً ومضطرباً.

٨- الاكتئاب الآجل:

الاكتئاب الآجل (Retarded) يشير إلى نوع الاكتئاب الذي تتباطأ فيه العمليات الذهنية والجسدية على السواء، حيث يجد الشخص غالباً صعوبة في التركيز، وحين يكون المرض وخيماً جداً، يجد بعض الأشخاص استحالة التحرك أو النطق أو الأكل، وثمة خطر من أن يموتوا جوعاً (ماكنزي، ٢٠٠٤).

٩- الاكتئاب الجزئي:

يشير هذا المصطلح (Dusthymia) إلى اكتئاب خفيف مستمر، ورغم أن هذا الاكتئاب قد يظهر ويختفي، فإن الأطباء يتوصلون إلى هذا التشخيص إذا دام المرض لأكثر من شهرين خلال فترة سنتين، وتتجلى الأعراض الأساسية في التردد في اتخاذ القرارات وتضاؤل الاحترام للذات، وقد تجدي المعالجة النفسية نفعاً أكثر من المعالجة بالعقاقير.

١٠-الاكتئاب المقنع أو المبتسم:

يقول المصابون بالاكتئاب المقنع (Masked) أنهم لا يشعرون بالاكتئاب، رغم أنهم يعانون من عدد من الأعراض الأخرى التي تشير إلى الاكتئاب، فقد يتم فحصهم في البداية بحثاً عن مرض بدني قبل إجراء التشخيص، والواقع أن الأعراض الجسدية، مثل ألم الصدر أو مشاكل النوم، تتحسن حين يتلقى الشخص معالجة مضادة للاكتئاب.

١١-الاكتئاب العضوي:

وهو الاسم الذي يطلق على نوع من الاكتئاب ناجم عن مرض بدني أو الناجم عن مداومة الشخص ببعض أنواع الأدوية.

١٢-الاكتئاب الراجع الوجيز:

يستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى مرض مشخص حديثاً يظهر خلاله اكتئاب خطير ويدوم لبضعة أيام فقط في كل مرة.

١٣-الاضطراب العاطفي الموسمي:

يتم استعمال هذا المصطلح أساساً للإشارة إلى أي ذهان اكتئابي يظهر بانتظام في وقت محدد من السنة، بسبب الطلبات المتزايدة في العمل مثلا، وهو يستخدم الآن لوصف نوع محدد من الاكتئاب ينجم عن تناقص مستويات ضوء النهار مع اقتراب فصل الشتاء وقصر طول النهار، وقد تظهر على المصابين الاضطراب العاطفي الموسمي (*Seasonal Affective Disorder*) رغبة شديدة في تناول النشويات أو الشوكولا وحاجة متزايدة إلى النوم خلال فصل الشتاء (ماكنزي، ٢٠٠٤).

الضغط النفسي:

يمكن تعريف الضغط النفسي بأنه حالة استثارة للعقل والجسم كاستجابة لمتطلبات تفرض على الأفراد (*Schafer, 1996, P 6*). ويعرفه سلاي (*Selye (1980*) بأنه استجابة الجسم غير المحددة لأي متطلب تكيفي، سواء كان هذا المتطلب بسبب الفرح أو الألم، بينما يعرف سلاي و لازاروس (Selye & Lazarus) الضغط النفسي بأنه حالة من عدم قدرة الفرد على التكيف مع التهديد المدرك (الحقيقي أو المتخيل) للصحة النفسية

والانفعالية والروحية، والتي تنتج سلسلة من الاستجابات والتكيفات الفسيولوجية (Schafer, 1996; Seaward, 2002).

يعيش جميع الناس هذه الأيام حياة مليئة بالضغوط سواء أكانوا مصابين بداء السكري أم غير مصابين به (توشيت، ٢٠٠١)، فالشخص عند إصابته بمرض السكري يتغير نمط حياته، وهذا لا يعني بالضرورة أن تتغير حياته نحو الأسوأ، بل قد تختلف عما كانت عليه في السابق (غرينوود، وروبنسون، ٢٠٠٢). فالمصاب بداء السكري قد يتأثر نتيجة المرض وخاصة عندما يكون مرهقاً فإن جسمه يقوم بإنتاج مجموعة من الهرمونات التي تعمل على إطلاق الدهون والجلوكوز إلى مجرى الدم لتساعد الأفراد على مواجهة الضغوط مما يؤدي إلى ارتفاع جلوكوز الدم لدى المصاب إلى مستويات مخيفة، الأمر الذي قد يزيد من حالة التوتر والقلق والضغط النفسي عليه وخاصة عند مواجهة المواقف التي يكون الفرد فيها بين إقدام وإحجام (الجمعية الأمريكية لداء السكر، ٢٠٠٤).

والعلاقة بين الضغوط النفسية ومرض السكري علاقة متبادلة، كما هو الحال في العديد من الأمراض المزمنة. فقد تؤدي الضغوط إلى ظهور أعراض المرض كما يمكن للمرض نفسه أن يزيد من الضغوط النفسية، فيمكن لداء السكري أن يهيج الضغوط العصبية الحقيقية أو الوهمية أو المتوقعة منها، ويمكن أن يجعل الشخص يشعر كما لو أنه لم يعد قادراً على السيطرة على جسمه، وقد يشعر بالغضب، و يتساءل: " لماذا أنا؟ "، أوقد تجده في حالة إنكار." لا يمكن أن يحدث هنا لي " (الجمعية الأمريكية لداء السكر، ٢٠٠٤).

والمهم هو أن يتحكم المريض بالسكري ولا يسمح للسكري بالتحكم به، وهي عملية تتطلب تدعيم الصحة النفسية والعاطفية، فالمشاكل الزواجية، والتأخر في دفع الفواتير وتعطل جهاز الحاسوب، وتضييع فرصة من أحد الزبائن...أعمال متراكمة تفوق قدرة

الشخص على القيام بها، ما يعني باختصار أن الشخص يتعرض لضغط نفسي، حيث يظهر ذلك في معدلات الجلوكوز في دمه، التي قد ترتفع إلى درجات قياسية (غرينوود وروبنسون، ٢٠٠٢).

ولموضوع الضغط النفسي أهمية بالغة لدى الأطباء وعلماء النفس، ونظراً لزيادة انتشار الحالات الفردية التي تصاب بالأعراض النفسية غير التكيفية للضغط النفسي والتي قد تصل حد الإصابة بالأمراض الخطيرة، مثل أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم والسكر.

أشارت دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية إلى ارتفاع نسبة الأمراض المرتبط بالضغط النفسي إلى ما بين (٧٠٪ - ٨٠٪) (Seaward, 2002)، من هذه الأمراض اضطراب المعدة، والصداع، والإسهال، والطفح الجلدي، والسعال، ومشاعر الاهتياج والإرهاق أو الإجهاد (توشيت، ٢٠٠١).

ومن النظريات التي فسرت الضغط النفسي:

١- نظرية متلازمة التكيف العام لسيلاي (*The General Adaptation Syndrome*):

تؤكد هذه النظرية على دور المؤثرات الخارجية في الإصابة بالضغط النفسي، كما أكد سيلاي على دور الضغط النفسي في الأمراض الجسمية، وأحداث الحياة الهامة كالموت أو الطلاق أو الزواج أو التقاعد أو الإصابة بالمرض كمصدر أساسي للضغوط أو الكرب الذي يعاني منه الإنسان. فهو يتحدث عن ثلاثة مراحل للتكيف أو التعامل مع الضغوط وهي التهيؤ ثم المواجهة، فإذا لم تفلح فيصاب الشخص بالإنهاك أو الاستنزاف، مما يؤدي إلى الإصابة بالأمراض الجسدية مثل السكري وارتفاع ضغط الدم أو غيره (Schafer, 1992).

٢- نظرية الصلابة ومقاومة الضغط لكوباسا ومادي (*Hardiness and Stress Resistances*):

ترى صاحبة هذه النظرية (كوباسا) Kobasa أن الأشخاص الذين لديهم قدرة عالية على التحمل هم أقل احتمالاً للتعرض للضغط النفسي، ويتميز هؤلاء الأشخاص *بالالتزام (Commitment)، والضبط (Control)، والتحدي (Challenge)*. وقد ميزت كوباسا بين مجموعتين ممن يعانون من الضغط:

- مجموعة الضغط المرتفع ← مرض منخفض
- مجموعة الضغط المرتفع ← مرض مرتفع

وقد تميز أفراد (مجموعة الضغط المرتفع ← مرض منخفض) بالانضباط الذاتي ورؤية الحياة كأنها سلسلة من التغيرات المرحب بها وبالانخراط بالأشياء وما يحيط بهم بينما يتميز أفراد (مجموعة الضغط المرتفع ← مرض مرتفع) بالاغتراب الذاتي وقلة الحيوية وقلة معنى الحياة أو الشعور بغياب معنى الحياة (Schafer, 1992). يمكن لمرض السكري بحسب هذه النظرية أن يكون لديهم القدرة على ضبط مستوى السكر في الدم من خلال الالتزام بالإرشادات الطبية، الإضباط بالحمية الغذائية وذلك من خلال الضبط الذاتي.

٣-نظرية المواجهة أو الهروب لكانون (*Fight or Flight*)

يركز كانون على فكرة التوازن (Homeostasis) في تفسيره للضغط النفسي، حيث يرى بأن الفرد يعمل على المحافظة على حالة التوازن الداخلي لديه عند تعرضه للضغط وعرف الضغط على أنه مجموعة من المثيرات الفسيولوجية والانفعالية التي تجعل الإنسان يتصرف بطريقة ما من أجل استعادة التوازن، لذلك أي حدث لا يبقي أو يحافظ على

التوازن الداخلي للفرد يعتبر مؤثراً ضغطاً، حيث اعتبر أن الضغط مؤثر بيئي (Schafer, 1992). والمقصود بحسب هذه النظرية إذا لم يستطع مرضى السكري الحفاظ على استقرار مستوى السكر في الدم فإن الأعراض الجسمية قد تؤثر على صحة المريض، وهذا من شأنه أن يعرض المريض للضغط النفسي.

٤-نظرية عملية التكيف المتبادل للازاروس وفولكمان (*Stress a Dynamic Transactional Coping Process*):

يعتبر لازاروس العوامل العقلية والمعرفية أكثر أهمية في تفسير الضغوط من الأحداث نفسها، أي أنه ليس المثير وليست الاستجابة اللذان يحددان الضغط ، ولكن إدراك الشخص وتفسيراته للموقف النفسي هي التي تحدد الضغط. ولقد أولى لازاروس أهمية كبرى للتقييم الشخصي للموقف، وأهمية أقل للاستجابة الانفعالية. وقد اهتم لازاروس بدراسة المنغصات والمنعشات اليومية، وعرف الضغط النفسي بأنه مصطلح عام يشير إلى كثير من المشكلات، وأن هذه المشكلات عبارة عن مثيرات ينتج عنها ردود أفعال ضاغطة، وأكد أن مجال الضغط يشتمل على مظاهر فسيولوجية واجتماعية ونفسية ويشتمل على المفاهيم المرتبطة بها ويضيف أن الضغط ليس مثيراً أو استجابة، بل هو علاقة ثنائية بين الفرد والبيئة، فالفرد يؤثر في البيئة ويتأثر بها (Lazarus & Folkman, 1984).

ويتصف الضغط النفسي بالخصائص الآتية:

١- عادة ما يشير الضغط إلى عناصر غير سارة (خبرات سلبية)، ولا يمكن التحكم بها أو السيطرة عليها، أو مثيرات غير متوقعة من البيئة، فمثلاً فقدان علاقة مهمة يمكن أن يكون مصدر ضغط.

٢- يحدث الضغط أيضاً عندما يدرك الفرد ويفسر هذه الضغوطات البيئية أو الداخلية على أنها مهددة، مثل الشخص الذي يعاني من آلام خفيفة في الصدر، لكنه يعتقد بأن لديه أزمة قلبية، أو الطالب الذي يتقدم لامتحان مهم ويظن بأنها هذه فرصته الأخيرة، لذا فإنه ليس من الضروري أن تكون العوامل البيئية أو الداخلية (الذاتية) موجودة حقيقة أو صحيحة، ولكن الأهم هو إدراك الشخص بأنه مهدد نتيجة وجود ضغط.

٣- يشير الضغط أيضاً إلى الاستجابات النفسية والفسيولوجية للبيئة وللضغوط المدركة من قبل الفرد، مع إدراك الفرد لعدم القدرة على مواجهتها أو عدم كفاية مصادره لمواجهتها. وتتفاوت الاستجابات من ردود فعل يصعب ملاحظتها إلى حالات واضحة للعيان، مثل الاضطرابات الذهنية، وقد يطور بعض الناس أساليب دفاعية من أجل الوصول إلى التكيف، بينما يطور آخرون ردود فعل تتسم بسوء التكيف (Rice, 1999).

ويمكن تصنيف الضغط النفسي إلى نوعين

١- الضغط النفسي الحاد (Acute Stress)

هو عبارة عن حالة يظهر فيها الضغط النفسي بسرعة ولكنه حاد وشديد، وغالباً ما تكون المثيرات الضاغطة مفاجئة ومؤقتة، مثل إيقاف الشرطة لشخص يسوق بسرعة كبيرة، أو التقدم إلى امتحان مفاجئ (Seaward, 2002).

٢- الضغط النفسي المزمن (Chronic Stress):

الضغط النفسي المزمن لا يظهر بشكل حاد وواضح، ولكنه يستمر لمدة زمنية طويلة (أسابيع، أو أشهر، أو سنوات)، حيث تكون مصادر الضغوط أو المثيرات الضاغطة مزمنة

ومستمرة في حياة الفرد، مثل خلافات مستمرة بين الزوجين، أو العمل مع مدير لا يطاق أو العيش مع شريك مزعج، أو العيش بمكان غير مريح ، وهذا النوع من الضغط النفسي يسبب الأمراض والاضطرابات العديدة (Seaward, 2002).

ويمكن تصنيف مصادر الضغط النفسي إلى ثلاثة مصادر، وهي كالتالي:

١- المصادر الداخلية:

- **الإحباط** *(Frustration):*

هي حالة انفعالية غير سارة تنشأ عن مواجهة الفرد لعائق يحول بينه وبين هدفه، ويكون فيه الضغط من مصدر واحد.

- **الصراع** *(Conflict):*

في الإحباط يأتي الضغط النفسي من مصدر واحد بينما في الصراع يكون هناك أكثر من مصدر للضغط، ويعرف الصراع بأنه ظهور مفاجئ أو تلقائي لدافعين غير متطابقين وعلى الشخص اختيار واحد منهم، والصراع أحد مصادر الإحباط (Rice, 1999).

- **الضغط** *(Pressure):*

مفهوم الضغط النفسي مفهوم مضلل مثل الحب، بمعنى أن كل الناس يعرفون الحب ولكن لا يتفق اثنان على تحديده بنفس الطريقة، ويبين سيلاي، أن الضغط النفسي مثل النسبية مفهوم عملي، وغالباً ما يقصد الناس بالضغط، العبء (Pressure) ويتضمن الضغط (Pressure) توقعات، ومطالب تتصرف من أجل تحقيقها وتلبيتها بطريقة معينة. وغالباً ما يكون هناك نوعان من الضغط ، ضغط من أجل الإنجاز وضغط من أجل التكيف والطاعة.

- **الانتقال أو التغيير (Transpire or Change):**

يعد الانتقال أو التغيير بأي شكل ضاغطاً لبعض الناس، وهؤلاء إذا ما استمر نفس الروتين المتعلق بجدول أعمالهم بما يتضمنه من تشابه المسؤوليات ومع نفس الناس وبنفس الظروف المحيطة فإنهم يشعرون أنهم بخير معها، ولكن إذا ما تغير شيء من هذا الروتين، فإنهم ينزعجون ويتضايقون ويرتبكون.

- **الألم وعدم الراحة (Pain and Discomfort):**

الألم وعدم الراحة يؤثران في قدراتنا على الإنجاز والتحصيل، وعلى قدراتنا في التكيف، حيث يقترح علماء النفس أن يباعدوا بين الأعمال المزعجة أو المهمات المقرفة ما أمكن عن بعضها البعض من أجل عدم الراحة والألم.

٢- الضغط البيئي ويشمل:

- **الكوارث الطبيعية:**

للكوارث الطبيعية تأثيرات نفسية ظاهرة وخفية، والضغط النفسي ينتج في العادة من أحداث لا يمكن التنبؤ والتحكم بها لتلاءم الكوارث الطبيعية (مثل الأعاصير، الزلازل، البراكين) (Rice, 1999).

- **التلوث الضوضائي والهوائي:**

الضوضاء صوت غير مرغوب، إذ تشير الإحصاءات أن الضوضاء تضعف الأداء في المدارس وتقلل من كفاءة الإنتاجية في المصانع وبين عمال المكاتب، وقد تتسبب بإحداث آثار خطيرة على السلوك الاجتماعي ومدى تقبلنا للآخرين فهي تؤدي إلى رفع احتمالية العدوان، وخاصة إذا ما كان الشخص غاضباً.

- **الازدحام السكاني:**

الازدحام يؤدي إلى عدم الشعور بالاطمئنان، وينتج عنه آثار عديدة منها:

- الكثافة السكانية تؤدي إلى مزاج سيء، وهذا ينطبق على الرجال. والعكس بالنسبة للنساء.
- تؤدي إلى الإثارة الفسيولوجية كارتفاع ضغط الدم والتعرق وارتفاع نسبة الكولسترول.

تزيد من نسبة الأمراض والعدوانية والانسحاب (Rice, 1999)

٢- مصادر الضغط الأسري، ويشمل:(Rice, 1999)

- تكوين وحدة عائلية جديدة.

مكتبة سور الأزبكية
WWW.BOOKS4ALL.NET
https://twitter.com/SourAlAzbakya

- إضافة فرد جديد إلى العائلة
- انفصال فرد عن العائلة
- وفاة فرد من أفراد العائلة
- تفكك العائلة
- العنف في العائلة (إيذاء الزوجة)
- التنافس
- الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية
- ضغوطات ترتبط بالمهنة
- المنغصات اليومية
- أزمات الحياة

أما أعراض الضغط النفسي فيمكن تصنيفها إلى أعراض سلوكية، وانفعالية ومعرفية، وجسمية:

١- الأعراض السلوكية:

تتضمن الانعزال، والتجنب، والابتعاد عن الأصدقاء والأسرة، وفقدان الشهية والطاقة، والتنفيس الانفعالي الحاد والعدواني، وظهور سلوكيات قهرية مثل الإدمان وتغير في عادات النوم، وتجاهل المسؤوليات، والبكاء، والتهيج، وعدم المشاركة في النشاطات العائلية والاجتماعية.

٢- الأعراض الانفعالية:

مثل القلق، والكآبة، والتشاؤم، وأعراض أخرى تشمل النكران، والخوف، والشعور بفقدان السيطرة، وعدم الأمان.

٣- الأعراض المعرفية:

تتضمن فقدان الدافعية، وضعف التركيز، والتفكير والعزو السلبي، والتشاؤم وفقدان الأمل، وتشويش العمليات المعرفية مثل التنظيم والتخطيط وحل المشكلات، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والتفكير بشكل غير موضوعي، وتجنب المثيرات أو الحالات المسببة للقلق.

٤- الأعراض الجسمية:

تتضمن الإنهاك العصبي، والضعف الجسمي مما يسبب ضعف جهاز المناعة وارتجاف الأيدي، وآلام الظهر، والصداع النصفي، وتوعك المعدة، وتوتر عضلي على شكل رجفة وتقلصات، وازدياد نبضات القلب، وارتفاع ضغط الدم، والتنفس السريع، وصك الأسنان، وقرحة المعدة، والسرطان، والأزمات القلبية (Rice, 1999).

الأفكار اللاعقلانية:

من اللحظة الأولى التي يعلم فيها مريض السكري بأنه مصاب بهذا المرض، يتبادر إلى ذهنه العديد من الأفكار والمعتقدات الخاطئة التي قد تؤثر على صحته الجسمية والنفسية (أبوطة، ٢٠٠١).

بعض هذه المعتقدات التي يفكر بها المصاب بداء السكري قد تؤدي إلى تدهور حالته ولكن بعضها الآخر قد يكون مفيداً لمساعدة المصاب بداء السكري على التكيف مع نمط حياته الجديدة. فعلى سبيل المثال: الاعتقاد بأن حياته قد انتهت ويجب عليه ترك كل الأطعمة التي كان يحبها، أو اعتقاده بفقدان رجولته وعدم القدرة على المعاشرة الزوجية وغير ذلك من الأفكار هي أفكار لا عقلانية يمكن أن تؤثر على صحته الجسمية والنفسية سلبياً. بينما في المقابل قد يعتري المصاب بالسكري بعض الأفكار الايجابية التي قد تساعده على التكيف مع نمط حياته الجديدة، ومن هذه الأفكار على سبيل المثال أنه على الرغم من إصابته بالمرض، إلا أنه يستطيع التخفيف من آثاره من خلال الالتزام بالإرشادات الصحية وبتوصيات الطبيب، كما أنه يستطيع المحافظة على مستوى السكر لديه من خلال المداومة على التمارين الرياضية والحمية الغذائية، وغيرها من الأفكار التي تساعد المصاب بداء السكري على تحقيق نوع من الاتزان الداخلي (الجمعية الأمريكية لداء السكر، ٢٠٠٤).

ويعتبر ألبرت أليس (*Albert Ellis*)، صاحب نظرية العلاج العقلاني العاطفي السلوكي (*Rational-Emotive Behavior Therapy*)، أشهر من تناول موضوع الأفكار اللاعقلانية وأثرها على الحالة النفسية للأفراد. ويرى أليس (Ellis) أن البشر يشتركون في

غايتين أساسيتين، أولهما المحافظة على الحياة، والثانية الإحساس بالسعادة النسبية والتحرر من الألم.

والعقلانية تكون من خلال التفكير في طرق تسهم في تحقيق الهدفين، أما اللاعقلانية فتكون في التفكير بطرق تقف حاجزاً في سبيل تحقيق هذين الهدفين، وبذلك فإن العقلانية هي استخدام المنطق في تحقيق الأهداف القريبة والبعيدة (Sharf, 2000).

ويؤكد أليس (Ellis) في نظرته للإنسان على أن هناك تشابكاً بين العاطفة والعقل أو المشاعر والتفكير، ويرى بأن البشر يتصرفون ويفكرون ويشعرون في آن واحد، لذلك فهم نادراً ما يشعرون دون أن يفكروا، إذ أن المشاعر تستثار عادة عن طريق إدراك موقف معين، ويشير أليس (Ellis) إلى أن الأفراد عندما ينفعلون فإنهم يفكرون ويتصرفون، وعندما يتصرفون فإنهم أيضاً يفكرون وينفعلون وعندما يفكرون فإنهم أيضاً ينفعلون ويتصرفون (Sharf, 2000).

ولقد لخص ألبرت أليس (Ellis) الأفكار اللاعقلانية التي تسبب الاضطرابات الانفعالية، والمعتقدات اللاعقلانية من خلال الأفكار الرئيسية التي تظهر في المجتمع والتي تسبب العصاب، إلى إحدى عشرة فكرة، تؤثر على الإنسان وذلك من خلال التشبث بها على سبيل المثال كالاعتقاد بأن هناك دائماً حل صحيح لكل مشكلة، وهذا الحل لا بد من إيجاده وإلا فالنتيجة تكون مفجعة.

ومثل هذه الأفكار قد تكون عامة في الحضارة الغربية، وعندما يتم تقبلها وتعزيزها عن طريق الجمل أو العبارات الذاتية التي يستمر الفرد في تكرارها لنفسه، فإن ذلك يقوده إلى العصاب والاضطرابات الانفعالية، وذلك بسبب عدم قدرته على تحقيق تلك الأفكار والمعتقدات، فالشخص المضطرب غير سعيد لأنه غير قادر على التخلص من أفكاره

ومعتقداته غير المعقولة التي تبدو في كلمات مثل (يجب، أو ينبغي، أو يتحتم علي) (Capuzzi & Gross, 1999, P. 277-278)، وقد قام الريحاني (١٩٨٥) ببناء مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية بناء على الأفكار الذي ذكره أليس وقد أكد على وجود هذه الأفكار في المجتمع الأردني، وقد أضاف فكرتين أعتبرهما غير عقلانيتين إلا أنهما شائعتان في المجتمعات العربية هما:

١- ينبغي أن يتسم الشخص بالرسمية والجدية في تعامله مع الآخرين حتى تكون له قيمة ومكانة محترمة بين الناس.

٢- لا شك في أن مكانة الرجل هي الأهم فيما يتعلق بعلاقته مع المرأة (الريحاني ١٩٨٥، ص٨٤).

أما فيما يخص المعتقدات والأفكار الطبية الخاطئة عن داء السكري، فيمكن تقسيمها إلى ثلاثة أقسام:

١- اعتقادات خاطئة حول الحمية الغذائية:

كاعتقاد المرضى أن عليهم تجنب الكاربوهيدرات نهائياً، والكاربوهيدرات هي أحد المصادر الرئيسية الثلاث للسعرات الحرارية، حيث يحتوي كل جرام من الكربوهيدرات على أربع سعرات حرارية، والكاربوهيدرات يأتي من السكر (كربوهيدرات بسيطة)، ومن النشا (كربوهيدرات معقدة)، والكربوهيدرات المعقدة تتحلل إلى جلوكوز أثناء عملية الهضم، وهي المادة الغذائية الرئيسية التي ترفع جلوكوز الدم (الجمعية الأمريكية لمرض السكر، ٢٠٠٤).

والغذاء الملائم لمرضى السكري يجب أن يحتوي على (٥٠٪) من الكاربوهيدرات و(٣٠٪) من البروتينات، و(٢٠٪) من الدهنيات (ميرزا، ١٩٨٢).

٢- اعتقادات خاطئة حول الأقراص الخافضة لسكر الدم:

- كاعتقاد المرضى أن أقراص الأدوية التي يتناولونها سليمة جداً، في حين أن هذه الحبوب بالإضافة إلى تأثيراتها الجانبية يمكن أن تؤدي إلى هبوط سكر الدم بصورة شديدة.

- والاعتقاد بأن الأقراص الخافضة لسكر الدم تنجح دائماً في علاج المرضى غير المعتمدين على الأنسولين، فهناك (٢ – ٢٩.٥٪) من المرضى لا يستجيبون لهذه الأقراص منذ بداية العلاج، في حين أن (٤ – ٣٦٪) من المرضى يفشلون في الاستجابة لمفعولها بعد فترة من العلاج.

- الاعتقاد بأن الأقراص الخافضة لسكر الدم يمكن استعمالها في علاج المرضى المعتمدين على الأنسولين.

٣- اعتقادات خاطئة حول الأنسولين:

- اعتقاد بعض المرضى بأن أخذ حقنة الأنسولين يجب أن لا يتم إلا من قبل الممرضة.
- اعتقاد بعض المرضى بأن استخدام الأنسولين يؤدي إلى الإدمان.
- اعتقاد بعض المرضى بأن جرعات الأنسولين ثابتة، علماً بأنها يجب أن تكون مرنة ومتغيرة بحسب النشاط البدني والإجهاد الحيوي للمريض.
- الاعتقاد بأن الأنسولين أو الأقراص الخافضة للسكر تغني عن الحمية، وأنه يمكن للمريض أن يأكل ما يشاء من الأطعمة والحلويات إذا تناول الدواء (ميرزا، ١٩٨٣).

مشكلة الدراسة وأهميتها:

ازداد معدل الإصابة بمرض السكر في الآونة الأخيرة بشكل ملفت للنظر على مستوى العالم، وبين مختلف الفئات العمرية. الأمر الذي أصبح يشكل خطورة كبيرة تهدد حياة

الملايين من البشر. ففي الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال يوجد أكثر من (١٧) مليون مصاب بهذا المرض والعدد في ازدياد. وهناك أكثر من (١٤٠) مليون مصاب بداء السكري في مختلف دول العالم، ومن المتوقع أن يصل العدد إلى (٢٣٠) مليون مصاب بالسكري مع حلول عام ٢٠١٠ (Linda, 2000).

وتعد دولة الإمارات العربية المتحدة، واحدة من الدول، التي تعاني من انتشار المرض المزمن بين مواطنيها. حيث أظهرت الدراسة الوطنية والتي أجريت سنة (٢٠٠٤) على (٦٦.٠٠٩) فردا في عمر (٢٠) سنة فأكثر أن نسبة انتشار مرض السكري من النوع الثاني هي (٢٤٪) من سكان دولة الإمارات ،كما يوجد (١٥.٢٪) من السكان لديهم إعتلالات في إستقلاب السكر، هذا بالإضافة إلى وجود (٨.٦٪) من الأشخاص لديهم قابلية للإصابة بمرض السكري. كما تعتبر دولة الإمارات الدولة الثانية بعد الولايات المتحدة الأمريكية على مستوى العالم في نسبة الإصابة بالسكري بحسب ما ورد في أخر إحصائية لمنظمة الصحة. وقد تنبهت حكومة دولة الإمارات العربية المتحدة لخطورة هذا المرض وبدأت العمل على توعية الجمهور وتطوير برامج الوقاية وتوفير ما يلزم من كوادر طبية وأجهزة ومستشفيات على أعلى مستوى، وتوفير الأنسولين والأدوية، مع التركيز على إقامة الندوات وورش العمل وتوزيع النشرات الطبية للتوعية بأسباب المرض وأعراضه وطرق الوقاية منه (خليفة، ٢٠٠٥).

وتشير بعض الدراسات كدراسة إبراهيم (١٩٩٢)، ودراسة ليندا (Linda (2000 ودراسة كوفاكس(Kovacs (1997 إلى أن الاضطرابات النفسية والانفعالية تلعب دورا هاما في مضاعفة الأعراض المرضية وتدهور الحالة الصحية لمريض السكري، وذلك نتيجة المشاعر السلبية التي يكونها مريض السكري عن نفسه في كونه مختلفا عن الآخرين، وكونه

لا يستطيع ممارسة حياته بشكل طبيعي. كما يعتبر التكيف مع المرض مصدر قلق للمصابين بمرض السكري، لما يتطلبه من المريض من تغيير لنمط حياته، سواء كان هذا التغيير مرتبط بالجانب الصحي والمداومة على تناول العقاقير وحقن الأنسولين بشكل دائم أو فيما يتعلق بالحمية الغذائية والتي تحرم المريض من بعض أنواع الأغذية المحببة له أو فيما يتعلق بنمط الحياة الجنسية والذي يتأثر بها كل من الرجال والنساء المصابين بالسكري، حيث تؤدي جل هذه الأسباب إلى تطور ومضاعفة الأعراض الناتجة عن مرض السكري (Brannor & Feisl, 1989).

كما تشير بعض الدراسات كدراسة للويد وزملائه (Lloye, et al (2000، ودراسة إنغمان (Angdmann (1990، ودراسة سنوك وسكنر(Snoke & Skinner (2002 إلى أهمية العلاج النفسي والإرشاد النفسي لمرضى السكري وإلى فعالية أساليبه في التخفيف من الأعراض النفسية. وأساليب العلاج النفسي. كما تشير إلى ضرورة دراية الطاقم الطبي بالمشاكل النفسية وأساليب العلاج النفسي للتعامل مع المرضى.

ونظرا لانعدام الدراسات التي تناولت ارتباط العوامل النفسية والانفعالية بداء السكري في دولة الإمارات العربية المتحدة، وندرتها في الدول العربية - في حدود علم الباحث- ولما لهذا الموضوع من أهمية ولما قد يكون للحالة النفسية من تأثير غير مباشر على مرضى السكري، وعلى زيادة نسبة السكر في الدم، فقد جاءت الدراسة الحالية لإبراز أثر العوامل النفسية من قلق واكتئاب وضغط نفسي وأفكار لاعقلانية، على رفع مستوى السكر في دم المرضى المصابين بداء السكري من النوع الثاني.

وبالتحديد فإن الدراسة الحالية تهدف إلى التعرف على الحالة النفسية والانفعالية وعلاقتها بارتفاع مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري من النوع الثاني في دولة الإمارات العربية المتحدة، ممن يراجعون العيادات والمستشفيات الحكومية.

فرضيات الدراسة:

وبالتحديد تسعى الدراسة الحالية لفحص الفرضيات التالية:

١. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α < ٠.٠٥) بين مستوى السكر في الدم ومستوى القلق كدرجة كلية أو على مستوى كل بعد من أبعاده (الحالة - السمة) الذي يعاني منه مرضى السكري من النوع الثاني.

٢. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α < ٠.٠٥) بين مستوى السكر في الدم ومستوى الاكتئاب الذي يعاني منه مرضى السكري من النوع الثاني.

٣. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α < ٠.٠٥) بين مستوى السكر في الدم ومستوى التفكير اللاعقلاني الذي يعاني منه مرضى السكري من النوع الثاني.

٤. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α < ٠.٠٥) بين مستوى السكر في الدم ومستوى الضغط النفسي الذي يعاني منه مرضى السكري من النوع الثاني.

٥. يمكن تفسير التباين في ارتفاع مستوى السكر في الدم بمتغيرات القلق، والاكتئاب، والضغط النفسي، والأفكار اللاعقلانية، والجنس، والعمر، والجنسية، ومدة الإصابة بالمرض والمستوى التعليمي.

تعريف المصطلحات:

لأغراض الدراسة الحالية فان المصطلحات الواردة فيها تحمل المعاني الآتية:

١- مستوى السكر في الدم:

هو اعتلال شائع يحدث نتيجة النقص في إنتاج الأنسولين أو عدم إنتاجه في غدة البنكرياس، فيسبب ذلك خفض ما تمتصه الخلايا من الجلوكوز الذي تحتاج إليه لتزويدها بالطاقة. أو ما يمتصه الكبد من الجلوكوز الذي يخزن هذه المادة فيه، وبالتالي يرتفع مستوى السكر في الدم. حيث تتراوح الحدود الطبيعية للسكر في الدم بين (٦٠-١١٠) ملغ في ١٠٠ملم٣ للشخص الطبيعي (الجمعية الأمريكية لمرض السكر، ٢٠٠٤، ١٦٥).

· ولإغراض الدراسة الحالية تحدد نسبة السكر في الدم من خلال السجل الطبي للمريض، وذلك من خلال تحليل خضاب الدم(Glaciated Hemoglobin) (HBA1C) والمقصود به اتصال الجلوكوز بالهيموجلوبين في خلايا الدم الحمراء. وعندما تكون مستويات جلوكوز الدم مرتفعة فإن نسبة الجلوكوز المتصلة بكرات الدم الحمراء تزداد ويأخذ الأطباء عينات الدم على مدى الشهرين إلى الثلاثة أشهر الماضية. والاختبار الذي يقيس الجلوكوز في الدم المتصل بالهيموجلوبين يسمى اختبار (A1C) أي السكر التراكمي والتي يمكن تقسيمها إلى:

١. المستوى الأول من (٤.٨ - ٦) وأن وحدة القياس فيها مئوي تعبر عن مستوى طبيعي للسكر في الدم، وهو ما يعادل (٦٠-١١٠) ملغ في ١٠٠ ملم٣ للشخص الطبيعي عندما يكون الشخص صائما عن الطعام.

٢. المستوى الثاني من (٦>) وأن وحدة القياس فيها مئوي(٪) تعبر عن مستوى مرتفع للسكر في الدم، وهو ما يكون أعلى من (٦٠-١١٠) ملغ في ١٠٠ملم٣

للشخص الطبيعي عندما يكون الشخص صائما عن الطعام (الجمعية الأمريكية لمرض السكر، ٢٠٠٤، ٥٤٣).

٢- القلق:

حالة توتر شامل ومستمر نتيجة تهديد خطر فعلي أو متخيل الحدوث، وعادة ما يصاحبه خوف غامض وأعراض نفسية جسمية (زهران، ١٩٩٧). ويعرف إجرائيا في هذه الدراسة بالدرجة الكلية التي يحصل عليها الفرد على مقياس سبيلبرجر للقلق (الحالة السمة).

٣-الاكتئاب:

حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبر عن إحساس بالفقد، وقد لا يعي المريض المصدر الحقيقي لحزنه (زهران، ١٩٩٧). ويعرف إجرائيا في هذه الدراسة بالدرجة الكلية التي يحصل عليها الفرد على مقياس بيك للاكتئاب.

٤-الضغط النفسي:

حالة من عدم قدرة الفرد على التكيف مع التهديد المدرك (حقيقي، أو متخيل) للصحة النفسية والجسدية والانفعالية والروحية، والتي تنتج سلسلة من الاستجابات والتكيفات الفسيولوجية (Schafer, 1996). ويعرف إجرائيا في هذه الدراسة بالدرجة الكلية التي يحصل عليها الفرد على مقياس الضغط النفسي الذي أعده الباحث

٥-التفكير اللاعقلاني:

وهي الأفكار والمعتقدات الخاطئة، والتي يطورها الفرد المصاب بالمرض عن نفسه وعن استجاباته تجاه نمط حياته، وطريقة تعامله مع المرض (Brannor & Feisl, 1989).

ويعرف إجرائيا في هذه الدراسة بالدرجة الكلية التي يحصل عليها الفرد على مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية للريحاني.

محددات الدراسة:

تتحدد نتائج هذه الدراسة بعينتها وبأدواتها وبمكان وزمان اجرائها.

الفصل الثاني
الدراسات السابقة

تناولت العديد من الدراسات المتغيرات النفسية وعلاقتها بارتفاع مستوى السكر في الدم، ومن هذه الدراسات دراسة قام بها سثرين و ريلت (*Cetherine & Relat, 1989*) تناولت العوامل السيكولوجية المؤثرة على مرضى السكري في مناطق السود المعالجين بالأنسولين في المجتمع الأمريكي، من خلال دراسة (١٠٠) حالة من المرضى المصابين بالسكري. استخدم الباحثان مقاييس نفسية، لقياس معتقدات المرضى حول عوائق العلاج وإدراك خطورة المرض، وإدراك الدعم الاجتماعي، وقد تناولت الدراسة الفروق بين الجنسين في استجابتهم للمقاييس على أبعاد فاعلية العوامل الذاتية والاجتماعية والاتجاهات الصحية والسلوك الصحي. وقد أظهرت الدراسة قوة تأثير المعتقدات (أدراك عوائق العلاج، وأدراك خطورة المرض، وإدراك الدعم الاجتماعي) على الحالة الصحية للمرضى المصابين بالسكري المعالجين بحقن الأنسولين.

وقامت لاور(*Lawer, 1990*) بدراسة هدفت إلى معرفة العوامل الأسرية المؤثرة على ضبط نسبة السكر في الدم، لدى عينة من المراهقين بلغ عددها أفرادها (٦٠) فرداً يتراوح متوسط أعمارهم بين (١٥-١٨)سنة. وكان الغرض الرئيسي من الدراسة معرفة فيما إذا كان هناك علاقة بين ضبط مستوى السكر في الدم و التدعيم الاجتماعي والاكتئاب، وديناميكية الأسرة، والضغط النفسي، وقد أظهرت النتائج أن هناك ارتباطاً دالاً إحصائيا عند مستوى ($\alpha = 0.05$) بين الاكتئاب، وضبط مستوى نسبة السكر في الدم

وفي دراسة قامت بها إبراهيم (١٩٩٢)، تناولت القلق النفسي وعلاقته ببعض الأمراض العضوية في المجتمع المصري، وهي مرض السكري والسرطان، والتهاب المفاصل

والربو. تكونت عينة الدراسة من مجموعات سليمة وأخرى مريضة من كلا الجنسين الذكور والإناث. حيث تكونت المجموعات المريضة من (٢٠٠) حالة وكان عدد الحالات في كل مجموعة (٤٠) حالة. أما المجموعة السوية فتكونت من (٣٠٠) فرداً غير مصاب بالسكري.

واستخدمت الباحثة بطارية من المقاييس النفسية لتقييم مستوى القلق بأنواعه المختلفة. تتكون هذه البطارية من (٦) مقاييس. منها مقياس قائمة القلق: سمة وحالة إعداد(سبيلبرجر)، ومقياس الاضطرابات العصابية، ومقياس الصحة العامة إعداد (ريجموند وسنيت)، ومقياس قلق الموت وضع (تمبلز)، إلى جانب استمارة المستوى الاجتماعي/الاقتصادي.

وقد توصلت الباحثة إلى عدة نتائج أهمها، ارتفاع درجات الذكور على متغير الصحة العامة فيما يتعلق بالقلق والاكتئاب، وذلك بالمقارنة مع درجات الإناث على المتغير ذاته كما دلت النتائج على أن الفرق كان جوهريا على متغير قلق الموت إذ كان متوسط الذكور أعلى من متوسط الإناث. أما على مستوى المجموعات فقد دلت النتائج أن القلق والاكتئاب عند المجموعات المريضة أعلى مما هو عند المجموعات السليمة.

وفي دراسة أخرى قام بها أوسلندر(*Auslander, 1993*) هدفت إلى معرفة مدى تأثير الضغوط النفسية والعائلية على مستوى السكر في الدم لدى عينة مكونة من (٥٣) طفلاً تم تشخيصهم حديثا كمصابين بالمرض. أظهرت النتائج وجود علاقة بين مستوى الضغط النفسي العالي وتدني الإمكانيات الأسرية، بمستوى التحكم في نسبة السكر في الدم.

وفي دراسة قام بها لانجر و لانجر في ولاية تكساس بالولايات المتحدة الأمريكية (*Langer & Langer, 1994*)، لفحص الحالة الانفعالية لدى النسوة اللاتي تم

تشخيصهن حديثا كمصابات بسكري الحمل. كان الهدف تحديد تأثير المعالجة المكثفة على الوضع العاطفي للنسوة المصابات حديثاً بسكري الحمل وعلاقته بالسيطرة الأيضية والحالة العاطفية لدى (٢٠٦) من المصابات بسكري الحمل والمشخصات حديثاً للإصابة بالمرض ومقارنتهن بـ (٩٥) امرأة غير مصابة بالمرض. وتم قياس الوضع العاطفي لهن من خلال مقياس ليكرت للمزاج. وتم ترتيب النساء المصابات بسكري الحمل وفقا لنوع المعالجة (الرجيم أو العلاج بالأنسولين). وقياس علاقته بدرجة السيطرة على سكر الدم وفق مقياس يتضمن (سيطرة جيدة، سيطرة متوسطة، سيطرة قليلة) وتم تحديد معدل الجلوكوز بـ (نقص حاد في مستوى السكر في الدم، معدل سكر طبيعي في الدم، ارتفاع سكر الدم، الارتفاع الحاد في سكر الدم).

أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى السكر في الدم بين النسوة المصابات بالمرض والنسوة غير المصابات بالمرض تعزى إلى نوع المعالجة (رجيم أو أنسولين). كما كانت المريضات اللاتي لديهن سيطرة جيدة على مستوى السكر أقل حزنا واكتئابا من اللاتي لديهن سيطرة سيئة على مستوى السكر. كما أظهرت النتائج عدم تأثر الحالة العاطفية للمريضات اللاتي يعالجن بالأنسولين، وتوصلت الدراسة إلى أن التحكم في الذات لدى المصابات حديثا بداء سكري الحمل يقلل من نسبة الإصابة بالقلق والاكتئاب لديهن كما يساعدهن على تحقيق سيطرة جيدة على مستوى السكر.

وقام غولدستون وكوفاكس وابروسكي واينغر (*Goldstion, Kovacs, Obrosky & Iyengar, 1995*)، بدراسة هدفت إلى فحص دور الضغوطات النفسية على ضبط مستوى السكر في الدم لدى عينة مكونه من أطفال في سن المدرس يتراوح معدل أعمارهم ما بين (٨ - ١٤ سنة) يعانون من السكري من النوع الأول. أظهرت النتائج أن مستوى تأثير

الأحداث الحياتية السلبية الضاغطة على الأطفال. هو متنبئ قوى بمستوى القدرة على ضبط نسبة السكر في الدم.

وفي دراسة تناولت العلاقة بين ضغوط الحياة ومرض السكري قام بها نيل (*Neal, 1995*)، هدفت إلى التعرف على الضغوط النفسية وأثرها على مستوى السكر في الدم، وذلك من خلال بيانات مسح اجتماعي، تم تطبيقه على عينة من الشباب. توصلت الدراسة إلى أن الضغوط الاجتماعية ترتفع في الأدوار الاجتماعية الهامة للبالغين، حيث يرتبط مرض السكري بالضغوط الاجتماعية أكثر من ارتباطه بالأدوار الاجتماعية الأقل أهمية، كما دلت النتائج على أن نقص الدعم الاجتماعي يؤثر على صحة الفرد المصاب بمرض السكري، كما تؤثر ضغوط الحياة على غالبية الأدوار الاجتماعية.

وقام فاندردوس وزملاؤه في هولندا بدراسة (*Vanderdoes, et al, 1996*) لقياس أثر العلاج بالأنسولين للمرضى المصابين بالسكري من النوع الثاني وعلاقته بالأعراض الجسمية والانفعالية ، لدى عينة مكونه من (١٨٨) مريضا، تتراوح أعمارهم ما بين (٤٠-٧٥) سنة. أظهرت النتائج وجود علاقة بين ارتفاع نسبة الأنسولين في الدم والأعراض الجسمية، ووجود علاقة طردية بين ارتفاع مستوى السكر في الدم والحالة الانفعالية الممثلة في (الإحباط والقلق والإعياء).

وفي دراسة أخرى قام بها كوفاكس وسكوت (*Kovacs & Scott, 1997*) حول المشاكل النفسية العظمى للشباب والراشدين المصابين بمرض السكري، كان الهدف من البحث هو تحديد أثر مرض السكري على الحالة النفسية والعصبية عند الشباب والراشدين الذين تتراوح أعمارهم مابين (٢٥ و ٤٠) سنة. وتكونت عينة الدراسة من ٢٤ شابا وراشداً مصابا بمرض السكري. توصلت الدراسة إلى أن إصابة الإنسان بمرض

السكري وطول الفترة الزمنية للإصابة تؤدي بشكل مباشر وأحيانا غير مباشر إلى سؤ الحالة النفسية والعقلية لهؤلاء المرضى ولاسيما ممن لا يخضعون إلى نظام علاجي مستمر ومنتظم.

وفي دراسة أخرى قام بها كوفاكس و غولدشتاين (Kovacs & Goldstion, 1997) بعنوان معدلات المرض النفسي لدى الشباب الذين يعانون من مرض السكري وعوامل الخطورة المتعلقة بها. كان الهدف من الدراسة تحديد مدى انتشار المرض النفسي وخطورته لدى الشباب الذين يعانون من مرض السكري، وقد استخدمت الطريقة الطولية التتبعية لـ (٩٢) من الشباب المصابين بالسكري، وذلك من خلال إجراء مقابلات متكررة مع المرضى. توصلت الدراسة إلى أن (٤٧٪) من أفراد العينة يعانون من معدل إصابة مرتفع (بالاكتئاب والقلق بصفة عامة)، وكان الاكتئاب يأخذ أعلى درجة مقارنة بالأمراض الأخرى، وكانت أعلى معدلات الإصابة بالاضطرابات النفسية خلال السنة الأولى من المرض مع تزايد خطورة الاضطراب النفسي مع زيادة سنوات المرض.

وفي دراسة قام بها راسيل وغلاسكو (*Russell & Glascow, 1997*) بعنوان نمط الاعتقادات الشخصية ومعوقات البيئة الاجتماعية المرتبطة بضبط نسبة السكر في الدم. كان الهدف من الدراسة هو التعرف على الاعتقادات الشخصية والمعوقات البيئة وعلاقتها بمدى قدرة الفرد على ضبط نسبة السكر في دمه، وقد توصل الباحثان إلى أن هناك مجموعة من الاعتقادات الشخصية لدى مرضى السكري أهمها:

١. اعتبار مرض السكري من الأمراض الخطيرة.

٢. يمكن التحكم وضبط نسبة السكر في الدم على المدى القصير.

وفي دراسة أخرى قام بها لانجر ولانجر في ولاية تكساس بالولايات المتحدة الأمريكية (*Langer & Langer, 1998*) للتعرف على الحالة الإنفعالية وعلاقتها بالسيطرة على مستوى السكر في الدم لدى عينة مكونة من (١٠٠) حالة من النساء الحوامل المصابات بالسكري من النوع الثاني، تمت مقارنتها بـ (١٣٢) من النسوة غير المصابات بالمرض، وذلك من خلال تطبيق مقياس ليكرت للمزاج. وقد دلت النتائج على أن النساء المصابات بالمرض أكثر عدائية وقلقاً من النسوة غير المصابات بالمرض، وأن هناك ارتباطاً موجباً بين الحالة الإنفعالية ومستوى السيطرة على السكر في الدم لدى المريضات المصابات بالسكري. وتشير الدراسة إلى أن المريضات المصابات بداء السكري من النوع الثاني يمكن أن يكون لديهن قدرة أفضل على ضبط مستوى السكر في الدم من خلال العلاج بالأنسولين في حالة سيطرتهن على الأعراض الجسمية والانفعالية بشكل جيد.

وفي دراسة قام بها المكاوي وعبدالرحمن (١٩٩٩)، هدفت إلى معرفة الأسباب الاجتماعية والاقتصادية لانتشار مرض السكري في المجتمع الكويتي خلال العقود الثلاثة الأخيرة. حيث أرجعت الدراسة ارتفاع نسبة انتشار مرض السكري إلى التحولات الاجتماعية والاقتصادية في المجتمع الكويتي منذ اكتشاف النفط وما صاحب ذلك من تغيرات في المستوى المعيشي والنمط الغذائي والبدني والاختلاف في نمط حياة السكان البدو عن سكان الحضر، إذ تتميز حياة السكان في البداوة بمجهود عضلي ملحوظ وغذاء تزداد فيه المكونات البروتينية، بينما تتميز حياة سكان المناطق الحضرية والمدنية بالخمول النسبي والغذاء الغنى بالسكريات والنشويات والدهون، أضف إلى ذلك عوامل القلق والإحباط والضغوط النفسية التي يصاب بها سكان المدينة. ومن العوامل التي أسهمت في

زيادة نسبة الإصابة بمرض السكري في المجتمع الكويتي، التوتر النفسي والضغوط النفسية والحياة التي تتسم بقلة الحركة، وزيادة الوزن، والعوامل الوراثية والتي تقدر نسبة مساهمتها بـ (١٠٪).

وفي دراسة أجريت في بريطانيا قام بها للويد ودايرت بيرنت (*Lloyd, Dyert, & Barnett, 2000*)، هدفت إلى التعرف على نسبة انتشار القلق والاكتئاب لدى عينة إكلينيكية من الراشدين المصابين بالنوع الأول من السكري منذ ولادتهم، والمصابين بالنوع الثاني من السكري، ويراجعون العيادات الخارجية ممن تزيد أعمارهم عن ١٨ سنة. طلب منهم تعبئة نماذج معلومات ديموغرافية قصيرة ومقاييس لقياس الأعراض الخاصة بالقلق والاكتئاب أثناء انتظارهم لأدوارهم لعلاج حالة السكر في العيادة، وتم الاطلاع على الأوضاع الصحية لهم من سجلات المرضى. وقد كانت استجابة المرضى للمقاييس مرتفعة، حيث وصلت إلى (٩٦٪). وأظهرت النتائج أن نسبة انتشار الأعراض السيكولوجية كانت عالية حيث أبدى (٢٨٪) من المشاركين مستويات تراوحت مابين شديدة ومتوسطة من القلق والاكتئاب أو كليهما. وكان الرجال أميل لإظهار أعراض الاكتئاب بشكل (متوسط إلى شديد)، بينما أظهرت النساء أعراض قلق مابين (متوسطة إلى شديدة). وكان هناك ارتباط ذو دلالة إحصائية بين الاكتئاب والقدرة الضعيفة على ضبط مستوى السكر الـ (Glycaemic Control)، كما أظهر ثلث أفراد العينة اهتماما بالحصول على خدمات علاجية نفسية وإرشادية إذا توفرت لهم في العيادة.

وفي دراسة أخرى قام بها سرويت وزملاؤه(*Surwit, et al, 2002*) على عينة من مرضى السكري من النوع الثاني، هدفت إلى قياس مدى قدرة المرضى على التحكم بالضغط النفسي ومدى علاقته بالتثقيف المقدم لمرضى السكري. تبين أن إضافة عنصر التحكم

بالضغط النفسي إلى جانب التثقيف المقدم لمرضى السكري كان له أثر قليل لكنه دال على مستوى ضبط نسبة السكر في الدم، ومع أن الضغط النفسي له آثار سلبية، إلا أن التدخلات العلاجية الخاصة بالتحكم بالضغط النفسي يمكن أن تكون ذات قيمة كعنصر فعال يمكن تضمينه بالبرامج التثقيفية المقدمة لمرضى السكري.

وفي دراسة قام بها فيشر وزملاؤه في الولايات المتحدة الأمريكية (*Fisher, et al, 2001*) هدفت إلى معرفة العوامل المساهمة في الإصابة بالاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسكري النوع الثاني، على عينة مكونة من (٧٥) أمريكياً من أصل لاتيني و(١١٣) أمريكياً من أصل أوروبي. وقد أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب والمستوى التعليمي، والرضى الوظيفي، والضغوط المالية لدى كلا العرقين، في حين كانت علاقة متغير النزاعات الزواجية مع الاكتئاب دالة فقط لدى الأمريكيين من أصل أوروبي، أما فيما يخص القلق فقد أظهرت الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية مع نفس متغيرات الاكتئاب ولدى كلا المجموعتين باستثناء المستوى التعليمي، كما أشارت الدراسة إلى ارتباط القلق والاكتئاب مع جميع المتغيرات ولدى جميع المرضى المصابين بالسكري.

وفي أستراليا قام تالي وزملاؤه (*Talley, et al, 2001*) بدراسة هدفت إلى تحديد مدى انتشار القلق والاكتئاب والضغط النفسي، لدى المرضى المصابين بالسكري الذين يعانون من اضطرابات معوية، وذلك من خلال مقياسين تم إعدادهما من قبل المستشفى مقياس القلق والاكتئاب (*HAD*) (*The Hospital Anxiety and Depression*) ومقياس أيزنك العصبي القصير (Eysenck Short Neuroticism Scale)، وقد شملت العينة (٨٩٢) فردا تم اختيارهم بطريقة عشوائية، و(٢٠٩) فردا تم اختيارهم من

السجلات الطبية، وذلك من خلال زياراتهم الروتينية للعيادات الخارجية. وقد أظهرت النتائج تأثير القلق والاكتئاب والحالة العصبية بدرجة عالية على مرضى السكري الذين يعانون من اضطرابات معوية، وتأثير الضغوط النفسية بدرجة أقل، كما دلت الدراسة على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين القلق والاكتئاب وبعض المتغيرات كالجنس، والعمر ومدة الإصابة، ونوع السكري.

وفي دراسة قام بها آلبرغ وزملاؤه في السويد (Ahlberg, et al, 2002) هدفت إلى دراسة علاقة الاكتئاب والقلق بالسمنة والتكتلات الشحمية لدى المرضى المصابين بالسكري، على عينة من الرجال يبلغ عددهم (٥٩) من متوسطي العمر الذين يعانون من السمنة وتكتل الشحوم والسكري. وتم إجراء الدراسة من خلال تطبيق مقياس هاملتون للاكتئاب (*Hamilton Depression Scale 'HDS'*)، ومقياس بيك للاكتئاب (Beck Depression Scale 'BDS') ومقياس منتو غمري للاكتئاب (Motogomery-Asberg Depression Rating Scale 'MADRS') ومقياس هاملتون للقلق (Hamilton Anxiety Scale 'HAS'). وخلصت الدراسة إلى أن أفراد العينة الذين يعانون من السمنة والتكتلات الشحمية في مختلف أعضاء الجسم ويعانون من السكري، تظهر لديهم أعراض الاكتئاب والقلق بنسبة كبيرة.

وفي دراسة قام بها كانتر وزملاؤه (*Kanter, et al, 2002*) هدفت إلى دراسة مدى تطور الاكتئاب والقلق لدى الشريك (زوج/ زوجة) المصاب بالسكري النوع الثاني وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية (العمر، الجنس، المستوى التعليمي) ودراسة علاقته بالضغط من خلال مقياس الضغط العائلي المتمثل في (مدى تأثير المرض على العلاقة الزوجية، النزاعات الزوجية، الترابط العائلي)، ومقياس الاكتئاب المعد من قبل مركز

دراسات علم الأوبئة، ومقياس القلق (*Symptom Checklist Anxiety*)، لدى عينة مكونة من (١٨٨) حالة، منها (٧٥) أمريكياً من أصل لاتيني و(١١٣) أمريكياً من أصل أوروبي. وقد توصلت الدراسة إلى أن الاكتئاب والقلق منتشران بنسبة عالية لدى شركاء المرضى المصابين بالسكري، وأنهما أكثر انتشارا عند النساء، كما توصلت الدراسة إلى عدم اختلاف مستوى القلق والاكتئاب والضغط النفسي باختلافات الأعراق، كما أشارت النتائج إلى وجود درجة منخفضة من التوافق بين المرضى المصابين بالسكري وشركائهم، وأن نسبة معاناة الشركاء من الضغوط النفسية أعلى من المرضى أنفسهم.

وفي دراسة قام بها سنوك وسكنر (Snoek & Skinner, 2002) كان الهدف معرفة أهمية الإرشاد النفسي للمصابين بالسكري وعائلاتهم في هولندا، وذلك من خلال مراجعة الأدب السابق المنشور وغير المنشور، سواء في مجلات محكمة أو غير محكمة باللغة الانجليزية بين الأعوام من (١٩٩٠ - ٢٠٠١). وقد أظهرت نتائج الدراسة أهمية الإرشاد النفسي لمرضى السكري، كما أظهرت النتائج فعالية الارشاد النفسي في التخفيف من الاكتئاب والقلق وفي ضبط نسبة السكر في الدم لدى المرضى المصابين بالسكري، كما أظهرت النتائج فعالية العلاج السلوكي المعرفي (*CBT*) في علاج حالات الاكتئاب والتوتر والضغط النفسي لدى مرضى السكري.

وفي دراسة قام بها سكنر وهمبسون وفيفي شو (*Skinner, Hampson & Fife-Schaw, 2002*) هدفت إلى معرفة العلاقة بين المعتقدات وبين الخصائص الشخصية وسلوك العناية بالذات لدى المصابين بالسكري. أظهرت النتائج أن المعتقدات كانت العنصر الأكثر أهمية في عناية الفرد بذاته، وهذه النتيجة تؤكد أهمية التثقيف الموجه

للمصابين بالسكري في التمسك بالتعليمات الصحية، والغذائية، والدوائية الهامة للسيطرة على مستويات الجلوكوز في الدم.

وقد أجريت في اليابان دراسة قام بها إيكدا وآخرون (Ikeda, et al, 2003) هدفت إلى معرفة العلاقة بين ضبط معدل السكر في الدم والكفاءة الذاتية والقلق والاكتئاب لدى عينة مكونة من (١١٣) مصاباً بالسكري من النوع الثاني (٥٥) رجلا، و(٥٨) امرأة. وقد أظهرت النتائج عدم وجود أثر للقلق والاكتئاب على مستوى السكر في الدم لدى المصابين بالسكري، كما أظهرت النتائج وجود أثر ذي دلالة إحصائية للكفاءة الذاتية على مستوى السكر في الدم لدى المصابين بالسكري.

وفي دراسة مسحية قام بها فاندنيكر وشرمان ومتسمكر و بينتني (*Vandenakker, Schuurman, Metsemakers & Buntiny, 2004*) هدفت إلى دراسة مدى تطور خطر الإصابة بالسكري من النوع الثاني لدى المصابين بالاكتئاب وغير المصابين بالاكتئاب بين الأعوام (١٩٧٥- ١٩٩٠)، وذلك من خلال متابعة شريحة كبيرة من المجتمع البريطاني ضمت (٦٨.٠٠٤) أفراد، وتمت متابعة الدراسة حتى عام (٢٠٠٠) وذلك من خلال تقسيم أفراد العينة لمجموعتين، الأولى مكتئبة وعددها(١٣٢٤)، والأخرى غير مكتئبة وعددها (٦٦.٧٦٠). وقد أظهرت النتائج عدم وجود علاقة بين الاكتئاب ونسبة الأشخاص الذين لدهم قابلية الإصابة بداء السكري، إلا في الفئة العمرية من (٢٠- ٥٠ سنة)، حيث نسبة احتمال الإصابة بداء السكري في هذه المرحلة العمرية (٧٨٪).

وفي دراسة طولية قام بها غولدن وزملاؤه (*Golden, et al, 2004*) هدفت إلى معرفة ما إذا كانت الأعراض الاكتئابية تنبئ بخطورة الإصابة بمرض السكري من النوع الثاني لدى عينة مكونة من (١١.٦١٥) شخصا غير مصاب بالسكري في الولايات المتحدة

الأمريكية، تراوح معدل أعمارهم ما بين (٤٨ - ٦٧) سنة وتمت متابعتهم لمدة (٦) سنوات لاحقة لمعرفة مدى تطور مرض السكري من النوع الثاني لديهم.

وقد دلت النتائج على أن الأعراض الاكتئابية تتنبأ بحدوث السكري من النوع الثاني لدى أفراد العينة، وقد تم عزو هذه النتيجة إلى نمط حياة الأفراد، وإلى وجود عوامل أخرى تزيد من احتمالية الإصابة بالسكري لدى المكتئبين كالسمنة وغيرها من الأمراض المزمنة.

وفي دراسة قام بها مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة الأمريكية (*Center For Disease Control and Prevention, 2004*) هدفت إلى معرفة مدى انتشار الأمراض النفسية بين المصابين بالسكري، وذلك من خلال تحليل البيانات لـ (١٠.٠٠٠) شخص من المشاركين في استبيان مجتمع نيويورك الصحي لعام (٢٠٠٣). أظهرت النتائج أن الأفراد البالغين المصابين بالسكري أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية، كما دلت النتائج أن البالغين المصابين بالسكري وبأحد الاضطرابات النفسية أكثر عرضة للعيش بشكل سيئ وأكثر عرضة للضغوط النفسية، والمعاناة، والألم بشكل أكبر من الأفراد الذين يعانون فقط من السكري دون الإصابة بأحد الاضطرابات النفسية.

وفي دراسة أخرى قام بها موسى وزملاؤه (*Moussa, et al, 2005*) هدفت إلى معرفة الخصائص الاجتماعية والنفسية للأطفال والمراهقين الكويتيين المصابين بالسكري من النوع الأول والذين يتراوح معدل أعمارهم بين (٦- ١٨ سنة). حيث تم إجراء مقارنة بين مجموعتين، المجموعة الأولى مصابة بالسكري من النوع الأول وعددها (٣٤٩) والمجموعة الثانية غير مصابة بالسكري وعددها (٤٠٩)، وذلك من خلال إجراء مقابلة مع المرضى

المصابين بالسكري وذويهم، مستخدمين استبيانا لقياس الضيق النفسي بواسطة قائمة أعراض هويكنز (*Hopkins*) التي تحتوى على قائمة للقلق والاكتئاب.

أظهرت النتائج أن الأفراد المصابين بالسكري من النوع الأول يعانون من معدلات مرتفعة من القلق والاكتئاب والضيق، وهذا الأمر يسبب لهم سوء التأقلم التكيف، كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق هامة بين الأطفال المصابين بالسكري والأطفال غير المصابين بالسكري في الجوانب الاجتماعية وعدد أيام الغياب المدرسي، كما أظهرت النتائج أن الأطفال المصابين بالسكري كان توافقهم النفسي ضعيفاً ويعانون من ضيق مرتبط بعدم القدرة على السيطرة على مستوى السكر في الدم.

وفي دراسة مسحية طولية على عينة كبيرة من المجتمع الأمريكي قام بها زانغ وزملاؤه (*Zhang, et al, 2005*) هدفت إلى معرفة الأعراض الاكتئابية التي أدت إلى الوفاة للمصابين بالسكري وغير المصابين بها بين الأعوام (١٩٨٢ - ١٩٩٢). أظهرت النتائج أن ظهور أعراض الاكتئاب الحاد رفع بشكل لافت للنظر أعداد الوفيات بين البالغين المصابين بالسكري، في حين لم تكن هذه النسبة واضحة عند غير المصابين بالسكري، كما أظهرت النتائج أن الاكتئاب كان له دور بالغ الأثر في عدم استقرار مستوى السكر في الدم لدى المكتئبين المصابين بالسكري.

وفي دراسة أخرى قام بها كنكارترن وزملاؤه (*Cankurtaran, et al, 2005*) هدفت إلى قياس نسبة انتشار الاكتئاب المصاحب للأمراض المزمنة، لدى عينة من كبار السن المتواجدين في دور الرعاية في تركيا، مكونة من (٧٨٩) امرأة، و(٤٦٦) رجلا، وذلك من خلال تطبيق مقياس الاكتئاب لكبار السن (*Geriatric Depression Scale 'GDS'*) وقد وجد الباحثون أن الاكتئاب يصاحب مجموعة واسعة من الأمراض المزمنة، منها

الزهايمر، والخرف الوعائي، وارتفاع ضغط الدم، ومرض لين العظام، ومرض تصلب الشرايين، والفشل الكلوي، والربو القصبي، ومرض الرئة المزمن، والتهاب المفاصل، وكان مرض السكري في المركز الرابع من حيث الإصابة بالاكتئاب من بين الأمراض المزمنة لدى كبار السن.

وفي دراسة قام بها ستيوارت ورو ووايت في المركز الطبي بولاية تكساس في الولايات المتحدة الأمريكية (*Stewart, Rao & White, 2005*) هدفت إلى مدى انتشار الاكتئاب لدى عينة كبيرة من المرضى المصابين بالسكري من فئة الأطفال والمراهقين. دلت النتائج أن السكري والاكتئاب كلاهما شائع كمشاكل صحية، ويحدثان بشكل متكرر، ويزيدان من مضاعفات كل منهما الآخر على المرضى.

كما توصلت الدراسة إلى أن الأعراض الاكتئابية مرتبطة بشكل كبير مع مضاعفات مرض السكري، وقد خلصت الدراسة إلى أهمية الرعاية الطبية الأولية لمرضى السكري الذين يعانون من أعراض اكتئابية، وإلى ضرورة تحويلهم لأخصائيين نفسيين لتلقي العلاج اللازم من الأعراض المبكرة للاكتئاب.

وقام إنغم وزملاؤه (*Engum, et al, 2005*) بدراسة هدفت إلى الكشف عن العوامل المرتبطة بالاكتئاب لدى عينة من المرضى المصابين بالسكري بنوعيه الأول والثاني والتفحص فيما إذا كان هناك اختلافات بينهم من حيث العوامل الاجتماعية ونمط الحياة، ومقارنتها بأفراد مصابين بالاكتئاب ولكن غير مصابين بمرض السكري. شملت الدراسة عينة كبيرة من المجتمع النرويجي بلغ عددهم (٦٠.٨٦٩) شخصاً تم اختيارهم بالطريقة العشوائية، وكان ذلك من خلال الإجابة على مقاييس القلق والاكتئاب.

وقد توصل الباحثون إلى النتائج التالية:

1. وجود ارتباط ذو دلالة إحصائية بين ارتفاع نسبة السكر في الدم والاكتئاب عند المرضى المصابين بالسكري.
2. انتشار الأمراض الجسمية المزمنة عند المرضى المصابين بالسكري من النوع الثاني، في حين أن الأمراض المزمنة غير موجودة عند المرضى المصابين بالسكري من النوع الأول.
3. عدم وجود علاقة بين الاصابة بالسكري من النوع الأول والثاني، وبين الاكتئاب.

وقد خلصت الدراسة إلى أن المصابين بالسكري من النوع الثاني الذين لا يعانون من أمراض مزمنة أخرى، لا يزيد احتمال خطورة الإصابة بالاكتئاب لديهم. وإن العوامل الاجتماعية ونمط الحياة كانت مشتركة بين المرضى المصابين بالسكري وغير المصابين بها

وفي دراسة قام بها شو وشي في هونغ كونغ (Chou & Chi, 2005) هدفت إلى معرفة مدى انتشار الاكتئاب لدى عينة من كبار السن الصينيين يتراوح معدل أعمارهم بين (٥٥ – ٦٠ سنة) يعانون من الإصابة بالسكري، وغير مقيمين في دور الرعاية ووافقوا على المشاركة في الدراسة التي بدأت في عام (٢٠٠٣)، وذلك من خلال الإجابة على فقرات مقياس الاكتئاب الخاص بكبار السن (Geriatric Depression Scale 'GDS').

توصلت الدراسة إلى أن (٢٦٪) من أفراد العينة يعانون من أعراض اكتئابية كما أظهرت النتائج أيضا أن السكري كان مرتبطاً بشكل دال مع الاكتئاب حتى مع ضبط متغيرات العمر والجنس والوضع الزواجي والتعليمي، كما وجد أن العجز في التكيف مع المرض عند أفراد العينة ظهر في ثلاثة أبعاد وهي: العناية بالذات، والتنقل، والمستوى

الوظيفي العالي، كما أن الارتباط كان دالا ما بين الاكتئاب والمضاعفات الصحية الأخرى ذات العلاقة بالسكري وهي: أمراض القلب، وارتفاع ضغط الدم، ومشاكل في الرؤيه.

وفي دراسة قام بها باتن (*Patten, 2005*) هدفت إلى معرفة مدى انتشار الاكتئاب لدى عينة كبيرة من المجتمع الكندي وإبراز مدى علاقته بالأمراض النفسية وغير النفسية. وقد استعانت الدراسة بقاعدة بيانات واسعة النطاق من استبيانات الصحة الوطنية الكندية، لاختيار أفراد العينة التي ضمت (١١.٥٠٧) فرداً، تتراوح أعمارهم ما بين ١٨ سنة وما فوق تم اختيارهم بطريقة عشوائية.

أظهرت النتائج ارتباط الاكتئاب بشكل رئيسي مع مرض الإعياء المزمن. إلى جانب ارتباطه بأمراض أخرى كارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب، والسكري. ولكن بنسبة أقل.

وفي دراسة أخرى قام بها مارسنياك وزملاؤه (*Marciniak, et al, 2005*) هدفت إلى معرفة مدى تأثير العوامل الديموغرافية والتكاليف الطبية، على الأفراد المشخصين كمصابين بالقلق، وتم ذلك من خلال استخدام قاعدة بيانات كبيرة لتحديد الأفراد المشخصين حديثا للإصابة بالقلق.

دلت النتائج على أن إصابة الفرد بالقلق يكلف الولايات المتحدة الأمريكية حوالي (٦.٤٧٥) دولارا أمريكيا، ويعتبر اضطراب القلق المعمم، واضطراب التوتر، واضطراب الضغط، من أكثر أنواع القلق انتشارا، كما دلت النتائج أن مرضى القلق المصابين بالاكتئاب والسكري بحاجة إلى تدخلات طبية أكبر.

وفي دراسة قام بها باور وبكمان ولوبج وسنوك (*Pouwer, Beekman, Lubach & Snoek, 2006*) هدفت إلى دراسة مدى تسجيل المرضات، المشكلات العاطفية التي

يعاني منها المرضي المصابون بالسكري البالغ عددهم (١١٢) مريضا، يتلقون العلاج في مركز صحي لعلاج السكري في أمستردام (هولندا). وقد استخدم الباحثون استبيانات لقياس القلق والاكتئاب والاضطرابات العاطفية التي يعاني منها مرضى السكري (*The Hospital Anxiety, Depression Scale and Diabetes – Specific Emotional Distress*).

توصلت الدراسة إلى أن المرضى المصابين بالسكري يعانون من درجة (معتدلة إلى شديدة) من القلق والاكتئاب، وأن هناك (٢٠٪ - ٢٥٪) من الحالات تعاني من مشكلات عاطفية، و(٢٩٪) من الحالات تعاني من مشكلات عاطفية مرتبطة بمرض السكري، في حين أظهرت النتائج أنه لا توجد حالات تعاني من مشكلات متعلقة بالعلاج.

وفي دراسة أخرى قام بها كانول وآخرون في هولندا (*Knol, et al, 2006*) هدفت إلى معرفة مدى تسبب الاكتئاب بالإصابة بمرض السكري النوع الثاني، وذلك من خلال مراجعة شاملة للأدب النظري في المقالات والدراسات لجميع المواضيع التي تناولت علاقة الاكتئاب بمرض السكري في المجلتين الطبيتين الـ (*Medline & Psyc Info*) منذ العدد الأول ولغاية الأول من يناير من عام (٢٠٠٥)، كما تم استخدام تحليل ميتا (*meta - analysis*) للدراسات الطولية للمواضيع التي تناولت الاكتئاب ومرض السكري.

وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين الاكتئاب وخطورة الإصابة بالسكري النوع الثاني لدى البالغين بنسبة (٣٧٪)، كما ذكر الباحثون أن البحث مازال جاريا للتأكد فيما إذا كان هناك طرقا معينة لمنع أو معالجة الاكتئاب الذي قد يضاعف من خطورة الإصابة بمرض السكري النوع الثاني.

وفي دراسة قام بها أفسن ووي وكريستال وسامُبمورث (*Olfson, Wei, Crystal & Sambamoorthi, 2006*) هدفت إلى دراسة العلاقة بين مرض السكري و معالجات الاكتئاب، وذلك على عينة من غير المسنين المستفيدين من الخدمات الصحية في ولايات ألباما، وجورجيا، ونيوجرسي، وواشنطن. وقد أظهرت النتائج وجود علاقة بين الإصابة بمرض السكري ومعالجات الاكتئاب وذلك على أشخاص مصابين بالاكتئاب وغير مصابين بالسكري، كما أظهرت النتائج ارتفاع القلق لدى المرضى المصابين بالسكري وعدم قدرتهم على السيطرة على مستوى السكر في الدم، كما أظهرت النتائج وجود اختلافات عرقية فيما يتعلق بجودة الرعاية الصحية في ظل الإصابة بمرض السكري.

وفي ضوء العرض السابق للدراسات التي تناولت العلاقة بين القلق والاكتئاب والضغط النفسي والتفكير اللاعقلاني بمستوى السكر في الدم، تتضح نتائج مختلفة منها ما أكدت وجود علاقة للمتغيرات النفسية بمستوى السكر في الدم، ومنها ما أكدت عدم وجود علاقة لهذه المتغيرات النفسية على مستوى السكر في الدم.

. وما تميزت به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة كونها تناولت القلق والاكتئاب، والضغط النفسي، والتفكير اللاعقلاني، والجنس، والعمر، ومدة الإصابة بالمرض والمستوى التعليمي، والجنسية، في حين لم تتناول الدراسات السابقة هذه المتغيرات مجتمعة، كما تميزت الدراسة الحالية بكونها تناولت متغير التفكير اللاعقلاني، الذي لم يتم تناوله في أي دراسة سابقة، بل تناولته دراسات شبيهه بها كدراسة المعتقدات والتفكير اللاعقلاني المرتبط بالنواحي الصحية والشخصية.

ومن الدراسات التي اتفقت على وجود علاقة للقلق بمستوى السكر في الدم، دراسة لويد، ودايرت، وبيرنت (*Loyd, Dyert, & Barnett, 2000*)، ودراسة كوفكس

وغولدشتاين (*Kovacs & Goldstion, 1997*)، ودراسة إبراهيم (١٩٩٢)، ودراسة لانجر ولانجر (*Langer & Langer, 1994*)، ودراسة لانجر ولانجر (*Langer & Langer, 1998*)، ودراسة فاندر دوس وزملاؤه (*Vanderdoes, et al, 1998*)، ودراسة آلبرغ وزملاؤه (*Ahlberg, et al, 2002*)، ودراسة مارسيناك وزملاؤه (*Marciniak, et al, 2005*)، ودراسة فيشر وزملاؤه (*Fisher, et al, 2001*)، ودراسة تالي وزملاؤه (*Talley, et al, 2001*)، وداسة باور وزملاؤه (*Pouwer, et al, 2006*). ومن الدراسات التي أظهرت عدم وجود علاقة للقلق بمستوى السكر في الدم دراسة إيكدا وزملاؤه (*Ikeda, et al, 2003*).

أما فيما يتعلق بمتغير الاكتئاب أظهرت العديد من الدراسات السابقة وجود علاقة للاكتئاب بمستوى السكر في الدم، كدراسة للويد، ودايرت، وبيرنت (*Loyd, Dyert, & Barnett, 2000*)، ودراسة كوفاكس غولدشتاين (Kovacs & Goldstion, 1997) ودراسة إبراهيم (١٩٩٢)، ودراسة لانجر ولانجر (*Langer & Langer, 1994*)، ودراسة فاندنيكر وزملاؤه (*Vandenakeer, et al, 2004*)، ودراسة لاور (*Lawer, 1995*)، ودراسة زانغ وزملاؤه (*Zhang, et al, 2005*)، ودراسة البرنغ وزملاؤه(*Ahlberg, et al, 2002*) ودراسة كنكارتن وزملاؤه (*Cankurtaran, et al, 2005*)، ودراسة ستيوارت وزملاؤه (*Stewart, et al, 2005*)، ودراسة إنغم وزملاؤه (*Engum, et al, 2005*)، ودراسة غولدن وزملاؤه (*Golden, et al, 2004*)، ودراسة شو وشي (*Chou & Chi, 2005*)، ودراسة باتن (*Patten, 2005*)، ودراسة مارسيناك وزملاؤه (*Marciniak, et al, 2005*)، ودراسة فيشر وزملاؤه (*Fisher, et al, 2001*)، ودراسة تالي وزملاؤه (*Talley, et al, 2001*) ودراسة باور وزملاؤه (*Pouwer, et al, 2006*). ومن الدراسات التي أظهرت عدم وجود علاقة للاكتئاب بمستوى السكر في الدم دراسة إيكدا وزملاؤه (*Ikeda, et al, 2003*).

أما فيما يتعلق بمتغير الضغط النفسي أظهرت العديد من الدراسات السابقة وجود علاقة للضغط النفسي بمستوى السكر في الدم كدراسة نيل (*Neal, 1995*)، و دراسة

غولدشتاين وزملاؤه (*Goldeston, et al, 1995*)، ودراسة سرويت وزملاؤه (*Surwit, et al, 2002*)، واوسلندر وزملاؤه (*Auslander, et al, 1993*)، ودراسة تالي وزملاؤه (*Talley, et al, 2001*).

في حين لم يتوصل الباحث إلى دراسات تؤكد عدم وجود علاقة للضغط النفسي على مستوى السكر في الدم _ في حدود علم الباحث_ .

أما فيما يتعلق بمتغير التفكير اللاعقلاني وعلاقته بمستوى السكر في الدم لم يتوصل الباحث إلى دراسات مشابه_ في حدود علم الباحث_ بينما توصل إلى دراسات مقاربة كدراسة سثرين وريلت (*Cetherine & Relat, 1989*)، التي تناولت أثر المعتقدات الخاصة بالمرض فيما يخص عوائق العلاج وإدراك خطورة المرض، وإدراك الدعم الاجتماعي والتي توصلت إلى قوة تأثير المعتقدات على الحالة الصحية للمرضى المصابين بالسكري.

ودراسة سكنر وزملاؤه (*Skinner, et al, 2002*) والتي تناولت الارتباطات الداخلية بين المعتقدات والخصائص الشخصية وسلوك العناية بالذات عند المرضى المصابين بالسكري، والتي توصلت إلى قوة تأثير الاعتقادات في عناية الفرد بذاته وفي السيطرة على مستوى السكر في الدم.

ودراسة راسيل وجلاسكو (*Russel & Glascow, 1997*) التي تناولت علاقة نمط الاعتقادات الشخصية ومعوقات البيئة الاجتماعية المرتبطة بضبط نسبة السكر في الدم وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين نمط الاعتقادات الشخصية وقدرة الفرد على ضبط نسبة السكر في الدم. في حين لم يجد الباحث أية دراسات تؤكد عدم وجود علاقة للمعتقدات على مستوى السكر في الدم .

الفصل الثالث
الطريقة والإجراءات

يتضمن هذا الفصل وصفاً لطريقة الدراسة وإجراءاتها من حيث مجتمعها وعينتها وطريقة اختيارها وتوزيع أفرادها في مجموعات الدراسة ، كما اشتمل على وصف للأدوات والمقاييس المستخدمة في هذه الدراسة والتحليلات الإحصائية .

مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من المرضى المصابين بالسكري ، من مرتادي العيادات والمستشفيات الحكومية في دولة الإمارات العربية المتحدة في إمارة الشارقة في مستشفى القاسمي، ومستشفى الكويت والعيادات الخارجية التابعة لهما وذلك لسهولة الحصول على العينة من مواطني الدولة والمقيمين المستفيدين من الخدمات الصحية التي تقدمها العيادات ، حيث أشارت إحصائيات مستشفيات الإمارة إلى أن عدد المصابين بالسكري المسجلين في السجلات الطبية للمستشفى تقدر بحوالي (٢٠٠٠) حالة في حين تقدر نسبة المستفيدين من الخدمات الصحية بحوالي (٥٠٠) مريض، أغلبهم غير منتظم بالحضور في المواعيد الروتينية التي تعطى لهم.

عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة من بين المرضى المصابين بالسكري النوع الثاني من المواطنين والمقيمين المستفيدين من الخدمات الطبية التي يقدمها مستشفى القاسمي ومستشفى الكويت والعيادات الخارجية التابعة لهما في إمارة الشارقة في الفترة مابين (٢٠٠٦/٥/٨ - ٢٠٠٦/٧/١٥) والبالغ عددهم(١١٩) مصاباً بالسكري، وقد تم استبعاد (١٣٢) مصابا آخرين لعدة أسباب:

تم استبعاد (١٠٠) حالة لإصابتهم بالسكري من النوع الأول والذي لا تشمله الدراسة وتم استبعاد (٧) حالات لصغر سن المرضى عن (٣٠) سنة، وتم استبعاد (١٣) حالة لعدم توفر تحليل خضاب الدم (HBA1C)، وتم استبعاد (١٢) حالة لعدم استكمال الإجابة عن المقاييس.

تكونت العينة النهائية للدراسة من (١١٩) مصاباً بالسكري من النوع الثاني تم اختيارهم بطريقة متيسرة، منهم (٨٧) مواطناً (٥٠) من الإناث و(٣٧) من الذكور و(٣٢) من غير المواطنين (٢١) من الإناث و(١١) من الذكور. بينما تراوحت أعمار أفراد العينة مابين (٣٠ -٧٠).

أما عن مدة الاصابة بالمرض فقد كان عدد المصابين بالسكري منذ أقل من سنة (٢٩) مريضاً مصاباً بالسكري من النوع الثاني، والمصابين منذ ما بين (سنة – ٥ سنوات) (٤٠) مريضاً مصاباً بالسكري من النوع الثاني، في حين كان عدد المصابين بالمرض منذ خمس سنوات فأكثر (٥٠) مريضاً بالسكري من النوع الثاني. وفيما يتعلق بالمستوى التعليمي للمرضى فقد تم تصنيفه إلى أربعة مستويات كالتالي:

١. أمي، (٤٥) مصاباً بالسكري من النوع الثاني.
٢. يقرأ ويكتب، (٣٢) مصاباً بالسكري من النوع الثاني.
٣. المرحلة الثانوية وما دونها، (٢٧) مصاباً بالسكري من النوع الثاني.
٤. جامعي أو مستوى أعلى، (١٤) مصاباً بالسكري من النوع الثاني.

أدوات الدراسة :

اشتملت أدوات الدراسة على ما يلي :

أولاً: مقياس القلق (حالة - سمة):

استخدم الباحث مقياس القلق (حالة - سمة) الذي أعده كل من سبيلبرجر غورستش ولشن (Spielperger & Gorsuch & Lushene) والذي قامت بترجمته إلى اللغة العربية أمينة كاظم (١٩٨٥).

تكون المقياس من (٤٠) فقرة (٢٠ فقرة لقلق الحالة ،٢٠ فقرة لقلق السمة) ، تتم الإجابة على فقرات مقياس قلق الحالة وفقاً لمدرج الإجابة:- (أبدا، إلى حد ما، بدرجة متوسطة، بدرجة شديدة جداً).

حيث تعطى أبدا الدرجة (١)، وإلى حد ما (٢)، وبدرجة متوسطة (٣)، وبدرجة شديدة جدا (٤) للفقرات السلبية وهي (٣، ٤، ٦، ٧، ٩، ١٢، ١٣، ١٤، ١٧، ١٨)، وتعكس الدرجات على الفقرات الإيجابية وهي (١، ٢، ٥، ٨، ١٠، ١١، ١٥، ١٦، ١٩، ٢٠). وتمثل الدرجة (٨٠) مستوى عال من حالة القلق ، بينما تدل الدرجة (٢٠) على مستوى متدن من حالة القلق.

أما الإجابة على فقرات مقياس قلق السمة فكانت وفقا لمدرج الإجابة: (نادراً، أحيانا غالباً، دائماً)، حيث تعطى نادرا الدرجة (٤)، أحيانا الدرجة (٣)، غالبا الدرجة (٢) دائما الدرجة (١) على الفقرات الإيجابية وهي (١، ٦، ٧، ١٠، ١٣، ١٦، ١٩)، بينما تعكس الدرجات على الفقرات السلبية وهي (٢، ٣، ٤، ٥، ٨، ٩، ١١، ١٢، ١٤، ١٥، ١٧، ١٨، ٢٠) حيث تدل الدرجة (٨٠) على مستوى عالي من سمة القلق، بينما تدل الدرجة (٢٠) على مستوى متدن من سمة القلق.

وقد تراوحت الدرجة الكلية لمقياس القلق (الحالة - السمة)، بين (٤٠ - ١٦٠) وتمثل الدرجة (١٦٠) مستوى عال من القلق، بينما تدل الدرجة (٤٠) على مستوى متدن من القلق وقد تم تقسيم الدرجة على المقياس لثلاثة لمستويات (قلق منخفض، قلق متوسط قلق مرتفع)، تم حساب المدى من خلال طرح أقل قيمة من أعلى قيمة ثم تقسيم هذا المدى على (٣)، أي (١٦٠ - ٤٠ = ١٢٠ ÷ ٣ = ٤٠)، وبذا تم توزيع المدى إلى ثلاث فئات بحيث اعتبرت:

- الدرجات بين (٤٠) وأقل من (٨٠)، قلق منخفض.
- الدرجات من (٨٠) وأقل من (١٢٠)، قلق متوسط.
- الدرجات من (١٢٠ - ١٦٠)، قلق مرتفع.

صدق المقياس وثباته :

تم استخراج الصدق التلازمي للمقياس في صورته الأصلية وذلك بمقارنته بمجموعة من المحكات الخارجية كمقياس القلق (IPAT) لكاتل وشاير، ومقياس تيلور للقلق الصريح (TMAS) وقائمة الوصف الوجداني الصورة العامة لزكيرمان.

ففي القلق كسمة كانت معاملات الارتباط بين المقياس الحالي ومقياس كاتل وشاير (IPAT) هي (٠.٧٥، ٠.٧٦، ٠.٧٧)، كما كانت معاملات الارتباط بين مقياس القلق كسمة ومقياس تيلور للقلق الصريح (TMAS) هي (٠.٨٠، ٠.٧٩، ٠.٨٣) وذلك لعينات من الطلبة والطالبات والمرضى العصابيين على التوالي، وعلى هذا فقد أمكن اعتبار هذه المقاييس الثلاثة في صيغها الأصلية (الأجنبية) مقاييس متبادلة لقياس سمة القلق وعلى العكس من ذلك كانت درجة الارتباط متوسطة بين هذه المقاييس الثلاثة وقائمة الوصف الوجداني (الصورة العامة).

بينما استخدم الصدق التمييزي لمقياس القلق كحالة، وذلك من خلال قياس قدرة المقياس على التمييز بين مستوى القلق كحالة لعينة من الأفراد في مواقف مختلفة الشدة وقد حسبت متوسطات الدرجات لكل فقرة من فقرات المقياس بعد تطبيقه على عينة مكونة من (٩٧٧) طالباً جامعياً، وذلك كما يشعرون في موقف عادي ثم كما يشعرون في موقف امتحان ثم قورنت هذه المتوسطات في كلا الموقفين، ثم حسبت النسبة الحرجة لفروق المتوسطات، وقد أظهرت النتائج حساسية جميع الفقرات لقياس هذه الفروق لدى مجموعة البنات كذلك لدى مجموعة البنين ما عدا فقرة واحدة.

أما فيما يتعلق بثبات المقياس، فقد تم استخدام (٣) طرق لحساب ثبات المقياس في صورته الأصلية:

١- التطبيق وإعادة التطبيق.

٢- معامل ألفا للاتساق الداخلي.

٣- معامل الارتباط لفقرات المقياس.

وقد كانت قيم معاملات الثبات لمقياس (سمة القلق) بطريقة إعادة التطبيق (بعد ساعة واحدة، بعد ٢٠ يوماً، بعد ١٠٤ أيام) مرتفعة إلى حد ما، حيث تراوحت بين (٠.٧٣ – ٠.٨٦) وذلك لثلاث عينات من الذكور، وبين (٠.٧٦ – ٠.٧٧) لثلاث عينات من الإناث.

أما قيم معاملات الثبات لقياس (حالة القلق) بالطريقة نفسها السابقة فكانت منخفضة إلى حد ما، حيث تراوحت بين (٠.٣٣ – ٠.٥٤) لعينات الذكور، وبين (٠.١٦ – ٠.٣١) لعينات الإناث.

وهذا الانخفاض في ثبات مقياس حالة القلق بواسطة طريقة إعادة التطبيق شيء متوقع، لأن المقياس الصادق لحالة القلق ينبغي أن يعكس العوامل الموقفية الفريدة التي قد تظهر أو تحدث وقت تطبيقه.

. أما معاملات الثبات بطريقة الاتساق الداخلي للمقياس فقد تراوحت لمقياس (قلق الحالة) ما بين (٠.٨٣ – ٠.٩٢)، بينما تراوحت لمقياس (القلق - السمة) ما بين (٠.٨٦ – ٠.٩٢)، وقد اعتبرت هذه الدرجات من الثبات لمقياس القلق كحالة والقلق كسمة جيدة.

أما معامل الثبات للمقياسين بحسب معاملات الارتباط لفقرات المقياس فقد كانت جيدة ففي القلق كحالة كانت معاملات الارتباط لثلاث عينات مختلفة كالتالي طلبة الثانوية (٠.٥٥)، والطلبة المستجدين في الجامعة (٠.٤٥)، وطلبة الجامعة (٠.٥٥)، أما معامل الارتباط لفقرات المقياس لنفس العينات على مقياس القلق كسمة فكانت كالتالي، طلبة الثانوية (٠.٥٤)، والطلبة المستجدون في الجامعة (٠.٤٦)، وطلبة الجامعة (٠.٥٣).

وخلاصة الأمر أن الثبات بطريقة إعادة التطبيق (استقرار المقياس) كان عالياً نسبياً لمقياس سمة القلق ويميل إلى الانخفاض لقياس حالة القلق، وهو أمر متوقع لمقياس صمم بحيث يتأثر بالعوامل الموقفية، كما أن كلاً من مقياس حالة القلق وسمة القلق على درجة عالية من الاتساق الداخلي.

أما المقياس في صورته العربية فقد قامت كاظم (١٩٨٥) بالتأكد من صدقه من خلال الصدق التمييزي لمقياس حالة القلق، و ذلك من خلال تعريض مجموعتين من الأفراد لموقفين مختلفين في الشدة لدى عينة مكونة من (٦٧) طالباً وطالبة من طلبة

الجامعات، وقد أظهرت النتائج أن المقياس قد أمكنه التمييز بين متوسطات درجة الأفراد في الموقفين، حيث كانت متوسطات البنود أعلى في المواقف الشديدة مقارنة بالمواقف الأقل شدة. أما فيما يتعلق بصدق مقياس (سمة القلق) في الصورة العربية فقد اعتمدت كاظم (١٩٨٥)، المقارنات بين مقياس (سمة القلق) والمحكين الآخرين في الصورة الأصلية له.

وفيما يتعلق بثبات المقياس في الصورة العربية، فقد قامت (كاظم، ١٩٨٥) باستخدام أربعة طرق لثبات المقياس، في صورتيه قلق الحالة وقلق السمة، وهي كالتالي:

١- معامل الاستقرار من خلال التطبيق وإعادة التطبيق، والجدول (٣) يوضح النتائج:

جدول (٣)

جدول ثبات المقياس في صورتيه قلق الحالة وقلق السمة في صورته العربية

	الزمن بين الأدائيين	١٤ يوما		٢٣ يوما		٣٠ يوما		٤٠ يوما		٨٠ يوما	
		ن	أ-أ	ن	أ-أ	ن	أ-أ	ن	أ-أ	ن	أ-أ
قلق	حالة القلق	٢٧	٠,٥٢	٢٧	٠,٣٧	٤١	٠,٥١	٥٥	٠,٣٤	٦٧	٠,٢٠
	سمة القلق	٢٧	٠,٨١	٢٧	٠,٧٠	-	-	٥٥	٠,٦٠	٦٧	٠,٧٧

(ن= عدد الأفراد ؛ أ.أ= معامل الثبات)

٢- بطريقة التجزئة النصفية:

كان معامل الثبات في حالة القلق (٠.٨٢)، بينما معامل ثبات مقياس سمة القلق (٠.٨٧).

٣- كما قامت كاظم (١٩٨٥) بالتأكد من ثبات المقياس أيضاً بطرق أخرى منها طريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة (كودر رتشاردس-٢١)، وطريقة (ألفا

للاتساق الداخلي)، وجميع الطرق المستخدمة دلت على وجود ثبات مرتفع للمقياسين في حالة القلق وسمة القلق.

ولاعتبار مقياس القلق مناسباً لأفراد عينة الدراسة فقد قام الباحث في الدراسة الحالية باستخراج ثبات لمقياس القلق (الحالة - السمة) وذلك باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار بفاصل زمني مدته أسبوعان على عينة عددها (٢٧) مصابا بالسكري تم اختيارهم من غير عينة الدراسة، حيث بلغ معامل الثبات للقلق كحالة (٠،٨٠)، في حين بلغ معامل الاتساق الداخلي المحسوب بمعادلة كرومباخ ألفا (٠،٥٢) بينما بلغ معامل الثبات للقلق كسمة (٠،٤٨)، في حين بلغ معامل ثبات الاتساق الداخلي كرومباخ ألفا (٠،٦٦).

ثانياً: مقياس بيك (Beek) للاكتئاب:

كما استخدم الباحث مقياس بيك للاكتئاب (BDI)، والذي قام عبدالفتاح (١٩٩٢) بترجمته واختصاره إلى (١٣) فكرة.

تكون مقياس الاكتئاب من ثلاث عشرة فكرة، تتكون كل منها من أربع فقرات متدرجة من (٠ - ٣) ويطلب من المفحوص أن يضع دائرة حول رقم الفقرة التي يعتقد بأنها تنطبق على حالته.

وتتراوح الدرجة الكلية على مقياس الاكتئاب ما بين (٠-٣٩) حيث تمثل الدرجة (٠) عدم وجود اكتئاب، في حين تمثل الدرجة (٣٩) الحد الأعلى من الاكتئاب.

وتم حساب المدى من خلال طرح أقل قيمة من أعلى قيمة ثم تقسيم هذا المدى على(٣) أي (٣٩ – ٠ = ٣٩ ÷ ٣ = ١٣)، وبذا تم توزيع المدى إلى ثلاث فئات بحيث اعتبرت:

- الدرجات بين (٠) وأقل من (١٣)، اكتئاب منخفض.
- الدرجات من (١٣) وأقل من (٢٦)، اكتئاب متوسط.
- الدرجات من (٢٦ - ٣٩)، اكتئاب مرتفع.

صدق المقياس وثباته:

لقد تم استخدام عدة طرق للتحقيق من صدق مقياس الاكتئاب. منها صدق المحتوى (Content)، حيث تمت مقارنة محتوى مقياس الاكتئاب بمحكات تعريف للاكتئاب التي ظهرت في (DSM III) ووجد أن الدلائل تشير إلى صدق محتوى مقياس الاكتئاب.

أما بالنسبة للصدق التلازمي (Concurrent-V-) فقد عرض "بيك" وزملاؤه قائمة تتضمن نتائج خمسة وثلاثين دراسة أوضحت ارتباطات بين مقياس بيك للاكتئاب والعديد من المقاييس الأخرى للاكتئاب، مثل مقياس هاملتون للاكتئاب ومقياس زنج وغيره وقد تراوحت معاملات الارتباط مابين الدرجة على مقياس الاكتئاب والدرجة على المقاييس الأخرى مابين (٠.٦١ - ٠.٨٦).

وبالنسبة للصدق التمييزي لمقياس بيك للاكتئاب، فقد أظهرت العديد من الدراسات قدرة المقياس على التمييز بين العاديين والمرضى النفسيين.

أما فيما يخص ثبات المقياس فهناك العديد من الدراسات التي تناولت ثبات مقياس الاكتئاب، بدأ من الدراسة الأولى التي تم إعدادها من قبل بيك عام ١٩٦١ وقد استخدم طريقتين لدراسة الاتساق الداخلي للمقياس:

الطريقة الأولى :

تمت من خلال تحليل نتائج (٢٠٠) حالة وذلك بمقارنة الدرجة على كل فقرة من فقرات المقياس الإحدى وعشرون بالدرجة الكلية على المقياس لكل مفحوص وباستخدام تحليل التباين اتضح أن كل فقرة من فقرات المقياس قد أظهرت علاقة موجبة دالة إحصائياً مع الدرجة الكلية عند مستوى (٠.٠٠١) ما عدا فقرة واحدة (فقدان الوزن) حيث كانت دلالتها عند مستوى (٠.٠١) وهذه الفقرة لا يتضمنها المقياس الحالي موضع البحث.

الطريقة الثانية:

كانت من خلال التجزئة النصفية، وقد اختيرت (٩٧) حالة لهذا الغرض، ووصل معامل ارتباط "بيرسون" بين الفئات الفردية والفئات الزوجية إلى (٠.٨٦) وباستخدام معادلة "سبيرمان - براون" وصل هذا المعامل إلى (٠.٩٣).

وفي أخر دراسة أجريت على مقياس الاكتئاب (BDI)، كما ورد في عبدالفتاح (١٩٩٢) تم عرض جدول يوضح خمسة وعشرين دراسة تناولت الاتساق الداخلي للمقياس سواء للمرضى النفسيين أو لغير المرضى، للصورة الكلية الكاملة أو للصورة المختصرة، وقد تراوحت معاملات الاتساق الداخلي باستخدام معامل ألفا لتسع دراسات مابين (٠.٧٦ - ٠.٩٥)، وكان متوسط معامل ألفا لهذه الدراسات هو (٠.٨٦) ولخمس دراسات أخرى تضمنت عينات من غير المرضى، تراوحت معاملات الاتساق الداخلي ما بين (٠.٧٣ - ٠.٩٢) ووصل متوسط معامل ألفا لهذه الدراسات الخمسة إلى (٠.٨٣)، وبالنسبة للاستقرار (Stability)، فقد تراوح الفاصل الزمني بين التطبيق الأول والثاني لجميع المقاييس مابين ٦ ساعات و٢١ يوماً (عبدالفتاح، ١٩٩٢).

أما فيما يتعلق بصدق المقياس في الصورة المعربة، فقد استخدم (غريب عبد الفتاح، ١٩٩٢) الصدق التلازمي، وتم إيجاد معامل الارتباط بين مقياس بيك للاكتئاب ومقياس الاكتئاب من قائمة مقياس الشخصية متعددة الأوجه (MMPI) وقد استخدمت درجات (٤٣) فرداً لهذا الغرض، ووصل معامل الارتباط بين درجات هؤلاء الأفراد على المقياسين (٠.٦٠) وهو معامل دال على مستوى (٠.٠٠١).

وفي مجتمع الإمارات، تم إيجاد معامل الارتباط بين مقياس بيك للاكتئاب وبين مقياس الاكتئاب من مقياس (MMPI) لمجموعة تتكون من (٦٠) طالبة من طالبات جامعة الإمارات العربية المتحدة، ووصل معامل الارتباط بين المقياسين إلى (٠.٥٢).

وبشكل عام فإن نتائج الدراسات العربية التي وردت في عبدالفتاح (١٩٩٢)، التي تناولت صدق مقياس بيك للاكتئاب تشير إلى أن المقياس على درجة عالية من الصدق في قياسه للاكتئاب، وهذا يتفق تماماً مع نتائج الدراسات الأجنبية التي ناقشت صدق المقياس.

أما فيما يتعلق بثبات المقياس في البيئة العربية، فقد استخدم (عبد الفتاح، ١٩٩٢) طريقتين للتحقق من ثبات المقياس، وهما التجزئة النصفية و طريقة إعادة التطبيق.

فباستخدام طريقة التجزئة النصفية، قام عبدالفتاح (١٩٩٢) بتجزئة المقياس إلى جزئين، الأول يتضمن الفئات الفردية والثاني يتضمن الفئات الزوجية، وذلك من خلال تطبيقه على عينة مكونة من (٥٠) فرداً، وقد وجد معامل ارتباط بيرسون بين الجزئين (٠.٧٧).

أما باستخدام معادلة "سبيرمان- براون" وصل معامل الارتباط إلى (٠.٨٧) وهذا المعامل دال عند مستوى (٠.٠٠١). أما باستخدام طريقة إعادة التطبيق، فقد

استخدمت درجات (٣٢) مفحوصاً وذلك من خلال تطبيق المقياس وإعادة تطبيقه بفاصل زمني مقداره شهر ونصف، وكان معامل الثبات (٠.٧٧) وهذا المعامل دال عند مستوى (٠.٠٠١).

أما في مجتمع الإمارات فقد استخدم (عبد الفتاح، ١٩٩٢) طريقة التطبيق وإعادة التطبيق لدراسة ثبات مقياس الاكتئاب، وذلك من خلال عدة دراسات تناولت شريحة الطلاب باختلاف المراحل التعليمية، وباختلاف الفاصل الزمني وقد تراوحت معاملات الارتباط مابين (٠.٦٨ – ٠.٩٠).

وبشكل عام فإن الدراسات الأجنبية والعربية أوضحت أن مقياس الاكتئاب يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

ثالثاً: مقياس الضغط النفسي:

قام الباحث ببناء مقياس الضغط النفسي لدى مرضى السكري وذلك اعتماداً على الأدب النظري ذي العلاقة بالأمراض الجسمية (Seaward, 2002)، ومقابلة مجموعة من المرضى المصابين بالسكري، إلى جانب استشارة مجموعة من استشاريي غدد الصم والسكري في سوريا والمملكة الأردنية الهاشمية ودولة الإمارات العربية المتحدة.

تكون المقياس في صورته الأولية (ملحق رقم ٧) من (٨٨) فقرة، موزعة على خمسة أبعاد هي:

البعد الاجتماعي، والبعد الجسمي، والبعد الاقتصادي، والبعد المعرفي، والبعد الانفعالي.

وقد قام الباحث بتعريف كل بعد من أبعاد المقياس الخمسة وهي كالتالي:

بعد الضغوط الاجتماعية: وتتمثل في الآثار المتعلقة بالعلاقات الاجتماعية للفرد المصاب بالسكري وتواصله مع أسرته، والمجتمع والصراعات الناتجة من علاقاته بالآخرين وشعوره بالوحدة بعد إصابته بمرض السكري، ويضم (١٧) فقرة.

بعد الضغوط الجسمية: تتمثل في الآثار الجسمية وردود الفعل الفسيولوجية للفرد المصاب بالسكري تجاه المثيرات الضاغطة، والتي تظهر على شكل أعراض جسمية مثل الأمراض أو بعض الشكاوى الناتجة عن الأرق بعد إصابته بمرض السكري، ويضم (٢٤) فقرة.

بعد الضغوط الاقتصادية: تتمثل في الآثار الضاغطة المتعلقة بنفقات الفرد المصاب بالسكري وعدم القدرة على الإيفاء بهذه المتطلبات، والشعور بالأعباء المادية بعد إصابته بمرض السكري، ويضم (١٢) فقرة.

بعد الضغوط المعرفية: تتمثل بالآثار المتعلقة بالعمليات الإدراكية، والوظائف المعرفية للفرد المصاب بالسكري بعد إصابته بالمرض، مثل الانتباه والتركيز والذاكرة، ويضم (٩) فقرات.

بعد الضغوط الانفعالية: وتتمثل في ردود فعل الفرد المصاب بالسكري واستجاباته المتعلقة بالنواحي الانفعالية والوجدانية كالخوف والغضب بعد إصابته بمرض السكري ويضم (١٤) فقرة.

ويبين الجدول (٤) عدد فقرات المقياس في صورته الأولية وفقراته في صورته النهائية بعد إجراء التعديلات التي اقترحها الخبراء.

جدول (٤)

عدد فقرات مقياس الضغط النفسي في الصورتين الأولية والنهائية

الأبعاد	الصورة الأولية للمقياس	عدد فقراتها	الصورة النهائية للمقياس	عدد فقراتها
بعد الضغوط الاجتماعية	(١-٢٢)	(٢٢)	(١ -١٧)	(١٧)
بعد الضغوط الجسمية	(٢٣-٤٧)	(٢٥)	(١٨ - ٤١)	(٢٤)
بعد الضغوط الاقتصادية	(٤٨-٥٦)	(٩)	(٤٢ - ٥٣)	(١٢)
بعد الضغوط المعرفية	(٥٧-٦٧)	(١١)	(٥٤ - ٦٢)	(٩)
بعد الضغوط الانفعالية	(٦٨-٨٨)	(٢١)	(٦٣ - ٧٦)	(١٤)

وبعد الأخذ بآراء الخبراء أصبح المقياس في صورته النهائية مكون من (٧٦) فقرة موزعة على الأبعاد التالية: (البعد الاجتماعي، والبعد الجسمي، والبعد الاقتصادي، والبعد المعرفي، والبعد الانفعالي)، وتتراوح الدرجة الكلية على مقياس الضغط النفسي ما بين (٧٦ - ٣٨٠)، وذلك وفق سلم خماسي اعتمد للإجابة، يقيس الفقرات في اتجاه واحد حيث تشير الدرجة (٥) إلى أن الشخص يعاني من الضغط النفسي بدرجة كبيرة جدا، في حين تشير الدرجة (١) إلى أن الشخص لا يعاني من الضغط النفسي إطلاقا.

وتم حساب المدى من خلال طرح أقل قيمة من أعلى قيمة ثم تقسيم هذا المدى على (٥)، أي (٣٨٠-٧٦ = ٣٠٤ ÷ ٥ = ٦١) وبذا تم توزيع المدى على خمسة فئات بحيث اعتبرت:

- الدرجات بين (٧٦) وأقل من (١٣٧) يمثل مستوى قليلاً جداً من الضغوط.
- الدرجات بين (١٣٨) وأقل من (١٩٨) يمثل مستوى قليلاً من الضغوط.

- الدرجات بين (١٩٩) وأقل من (٢٥٩) يمثل مستوى متوسطاً من الضغوط.
- الدرجات بين (٢٦٠) وأقل من (٣٢٠) يمثل مستوى مرتفعاً من الضغوط.
- الدرجات بين (٣٢١ - ٣٨٠) يمثل مستوى مرتفعاً جداً من الضغوط.

وبذا تكون الدرجة الكلية على مقياس الضغط النفسي وعلى كل بعد من أبعاده كما هي في الجدول (٥):-

جدول (٥)

الدرجة الكلية على مقياس الضغط النفسي وعلى كل بعد من أبعاده

البعد / الدرجة	أدنى درجة	أعلى درجة
بعد الضغوط الاجتماعية	١٧	٨٥
بعد الضغوط الجسمية	٢٤	١٢٠
بعد الضغوط الاقتصادية	١٢	٦٠
بعد الضغوط المعرفية	٩	٤٥
بعد الضغوط الانفعالية	١٤	٧٠
الدرجة الكلية على الضغط النفسي	٧٦	٣٨٠

وللتحقق من ثبات المقياس قام الباحث باستخراج معامل الاستقرار باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار بعد فاصل زمني مدته أسبوعان على عينة ضمت (٢٧) مصابا بالسكري تم اختيارهم من خارج عينة الدراسة، حيث بلغ معامل الاستقرار (٨٤,) وهو معامل مرتفع نسبياً.

كما قام الباحث بحساب معامل الاتساق الداخلي باستخدام معادلة (كرومباخ ألفا) حيث بلغت قيمته (٩٦,) وهو معامل اتساق مرتفع أيضا يؤكد صلاحية المقياس للاستخدام في هذه الدراسة.

رابعاً :مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية:

استخدم الباحث مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية الذي قام بناه الريحاني (١٩٨٥)، للتعرف على الأفكار العقلانية واللاعقلانية عند المرضى المصابين بالسكري.

ويتكون المقياس من (٥٢) فقرة تعبر عن ثلاث عشرة فكرة لاعقلانية، وهي الأفكار التي طرحها ألبرت أليس (Eles) في نظريته إضافة إلى فكرتين (١٢، ١٣) أضافهما الريحاني إلى أفكار أليس واعتبرتا خاصتين بالمجتمع العربي. وبذلك تكون المقياس من (١٣) فكرة غير عقلانية، والتي يتمثل كل منها في أربع فقرات نصفها إيجابي يتفق مع الفكرة ونصفها الآخر سلبي يختلف معها ويناقضها. وتمت الإجابة على فقرات المقياس وفقاً للأوزان التالية:

الدرجة (٢) للإجابة التي تدل على قبول المريض للفكرة اللاعقلانية التي تقيسها العبارة.

الدرجة (١) للإجابة التي تدل على رفض المريض للفكرة اللاعقلانية التي تقيسها العبارة.

وتراوحت الدرجة الكلية على المقياس ما بين (٥٢ - ١٠٤) موزعة كما يلي :-

الحد الأدنى (٥٢) وتعبر عن رفض المريض لجميع الأفكار اللاعقلانية التي يمثلها المقياس (درجة عليا من التفكير العقلاني).

الحد الأعلى (١٠٤) وتعبر عن قبول المريض لجميع الأفكار اللاعقلانية التي يمثلها المقياس (درجة عليا من التفكير اللاعقلاني).

وقد تم تقسيم الدرجة على المقياس إلى ثلاث مستويات (منخفض، متوسط مرتفع) تم حساب المدى من خلال طرح أقل قيمة من أعلى قيمة ثم تقسيم هذا المدى على (٣)، أي (١٠٤ – ٥٢ = ٥٢ ÷ ٣ = ١٧)، وبذا تم توزيع المدى إلى ثلاث فئات بحيث اعتبرت:

- الدرجات بين (٥٢) وأقل من (٦٩)، مستوى تفكير لاعقلاني منخفض.
- الدرجات من (٧٠) وأقل من (٨٦)، مستوى تفكير لاعقلاني متوسط.
- الدرجات من (٨٧ - ١٠٤)، مستوى تفكير لاعقلاني مرتفع.

صدق المقياس وثباته:

يتمتع مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية الذي بناه الريحاني (١٩٨٥) بصورته الأصلية، بدلالات صدق منطقي تمثلت باتفاق (٩٠٪) من المحكمين على صدق الفقرات في قياس البعد الذي وضعت لقياسه، كما تمتع بدلالات صدق تجريبي ظهرت في قدرة المقياس على التمييز بين العصابيين والأسوياء، حيث دلت نتائج تحليل التباين على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بمستوى (٠.٠١) بين متوسط العصابيين ومتوسط الأسوياء على الدرجة الكلية للمقياس. كما دلت نتائج التحليل التمييزي أن جميع أبعاد المقياس تتمتع بقدرة على التميز بين العصابيين والأسوياء، حيث تراوحت قيم " ف " لمعاملات التمييز بين (٢.٩٤ – ١١٧.٣٠) بمستويات دلالة إحصائية تراوح بين (٠.٠٥) و(٠.٠١)

وقد قام الباحث بالتحقق من الصدق الظاهري للمقياس ومن مدى ملائمته للبيئة الإماراتية وذلك بعرضه على (٩) خبراء من ذوي الخبرة والاختصاص في دولة الإمارات العربية المتحدة، حيث اجمع الخبراء على سلامة فقراته ومناسبته للبيئة الإماراتية.

أما فيما يتعلق بثبات المقياس الذي تحقق منه الريحاني فقد تراوحت معاملات الثبات للدرجات الفرعية التي تم الحصول عليها بطريقة إعادة تطبيق المقياس مابين

(٠.٤٥) و(٠.٨٣) ويمتوسط قدره (٠.٧٠) وحين حسب معامل الثبات على أساس الدرجة الكلية للمقياس، فقد وصل معامل الثبات إلى (٠.٨٥). كما تم حساب معاملات الثبات بطريقة الاتساق الداخلي (*Internal Consistency*) باستخدام معادلة كرومباخ ألفا، حيث كان معامل الثبات المحسوب على أساس الدرجة الكلية (٠.٩٢) (الريحاني،١٩٨٥).

هذا وفقد قام الباحث باستخراج ثبات المقياس باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار بفاصل زمني مدته أسبوعان على عينة مكونة من (٢٧) مصابا بالسكري تم اختيارهم من خارج عينة الدراسة، حيث بلغ معامل الثبات (٩٠,) ، في حين بلغ معامل الثبات كرومباخ ألفا (٦٦,).

خامساً: مستوى السكر في الدم:

تم استخراج مستوى السكر في الدم للمرضى المصابين بالسكري من النوع الثاني، في مستشفى القاسمي، ومستشفى الكويت، من خلال السجلات الطبية للمرضى المصابين بالسكري. وتم ذلك بمساعدة من اختصاصيي غدد الصم والسكري في كلا المستشفيين، وذلك بإرسال مستوى سكر الدم للمريض مع سجله الطبي بعد إجراء الفحص الطبي له من قبل أخصائي السكري، ومستوى السكر في الدم يقاس في هذه الدراسة بالنسبة المئوية، أي السكر التراكمي في الدم والتي تظهر مستوى السكر في الدم خلال الثلاثة أشهر الماضية وتسمى بـ خضاب الدم والمقصود به إدماج الهيموغلوبين مع الجلوكوز (*Glaciated Hemoglobin*)(*HBA1C*).

متغيرات الدراسة:

أ- القلق، وله ثلاثة مستويات (منخفض، متوسط، مرتفع).

ب- الاكتئاب، وله ثلاثة مستويات (منخفض، متوسط، مرتفع).

ت- الأفكار والعقلانية واللاعقلانية، ولها ثلاث مستويات (منخفض، متوسط، مرتفع).

ث- الضغط النفسي، وله خمسة مستويات (قليلة جداً، قليلة، متوسطة، مرتفعة، مرتفعة جداً).

ج- العمر، وله مستويان: من (٣٠ - ٤٥)، أكبر من (٤٥) سنة.

ح- الجنس، وله فئتان (ذكور، إناث).

خ- المستوى التعليمي، وله أربعة مستويات: أمي، يقرأ ويكتب، المرحلة الثانوية أو ما دونها، جامعي أو مستوى أعلى.

د- مدة الإصابة بالمرض،ولها ثلاث مستويات: (أقل من سنة)، (سنة – ٥سنوات) (٥ سنوات وما فوق).

ذ- الجنسية، ولها مستويان: إماراتي، عربي من جنسيات أخرى.

مستوى السكر في الدم، والذي يقاس من خلال نتيجة تحليل خضاب الدم (*HBA1C*) أي السكر التراكمي الذي يزيد عن المستوى الطبيعي في الدم (٦ <) وهو ما يكون أعلى من (٦٠-١١٠) ملغ في ١٠٠ملم٢ للشخص الطبيعي عندما يكون الشخص صائما عن الطعام.

وتصميمها الدراسة والمعالجة الإحصائية:

لتحليل بيانات الدراسة الحالية دراسة مسحية ارتباطيه، تم استخدام البرنامج الإحصائي الـ (SPSS)، لتحليل البيانات، وذلك من خلال المتوسطات الحسابية

والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الأحادي (ANOVA) بالنسبة للفرضيات (١-٤)، أما فيما يتعلق بالفرضية الخامسة فقد تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد المتدرج (*Stepwise Multiple Regression*).

إجراءات التطبيق :

لقد قام المؤلف بمقابلة لجنة أخلاقيات المهنة بتاريخ (٢٠٠٦/٥/٧) بإدارة مستشفى القاسمي لمناقشة إجراءات الدراسة والتطبيق، قد أجرى المقابلة أربعة أطباء مختصين، تمت خلالها مناقشة مخطط أطروحة الباحث فيما يخص حدود الدراسة وإجراءات التطبيق، وسبب اختيار الموضوع. وقد وافقت اللجنة على التطبيق بشرط ذكر نبذة مختصرة عن الدراسة لجميع المرضى وتخييرهم بين المشاركة من عدمه في الدراسة.

وبعدها قامت إدارة المستشفى بترتيب جولة تعريفيه لي لقسم السكري تم خلالها التعرف على اختصاصيي غدد الصم والسكري والتفاهم على آلية لتحويل المرضى لي، كما قامت إدارة المستشفى مشكورة بتوفير غرفة خاصة في قسم السكري لتطبيق المقاييس على المرضى.

وقد أستغرقة تطبيق المقاييس على المريض بالمتوسط(٦٠) دقيقة، قام خلالها المؤلف بإعطاء المريض نبذة عن البحث والهدف منه، وبعدها يقوم المريض إذا كان يجيد القراءة والكتابة بالإجابة على فقرات المقاييس التي اختلفت مدة إجابتها من مريض لأخر، وذلك باختلاف مستوياتهم التعليمية التي تراوحت مابين مستوى تعليمي عالي ومستوى تعليمي متدن أما من لا يعرفون القراءة والكتابة فكان الباحث يتولى قراءة الاسئلة لهم وتعبئة الاجابة التي يعطونها على كل فقرة.

كما قام أبناء بعض المرضى الذين لا يعرفون القراءة. بالقراءة بالنيابة عنهم وتوضيح ما يستصعب عليهم باللهجة الإماراتية.

وقد تكونت عينة الدراسة من مواطني دولة الإمارات العربية المتحدة، والمقيمين في دولة الإمارات العربية المتحدة من الدول العربية.

أما فيما يتعلق بثبات المقاييس لأفراد العينة، تم اختيارهم بطريقة قصديه متيسرة من خارج عينة الدراسة بحسب ما يتوفر من مرضى أثناء انتظارهم لمواعيدهم الروتينية في عيادات السكري.

حيث قام الباحث بإعطاء المرضي نبذة عن البحث، وتخييرهم بين المشاركة في البحث من عدمه، مع مراعاة أن هناك إعادة تطبيقه مرة أخرى خلال ثلاثة أسابيع من تاريخ أول تطبيق، كما تم الأستاذان من المرضى لأخذ أرقام هواتفهم للمتابعة معهم في حال تعذر مجيئهم إلى العيادة.

وقد كانت عينة الثبات عند التطبيق في المرة الأولى (٣٠) فرداً، وعند إعادة التطبيق للمرة الثانية ضمت (٢٧) فرداً، حيث تعذر التواصل مع البقية مما أضطر بالباحث لحذف المقاييس للأفراد الذين تعذر مجيئهم في المرة الثانية.

الفصل الرابع
نتائج الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة طبيعة العلاقة بين عدد من المتغيرات ومستوى السكر في الدم لدى عينة من مرضى السكري في دولة الإمارات العربية المتحدة، كما هدفت إلى معرفة قدرة هذه المتغيرات على التنبؤ بمستوى السكر في الدم، وبالتحديد حاولت هذه الدراسة فحص كل من الفرضيات التالية:

الفرضية الأولى:

. للإجابة عن الفرضية الأولى والتي تنص (لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α > ٠.٠٥) بين مستوى السكر في ومستوى القلق كدرجة كلية أو على مستوى كل بعد من أبعاده (الحالة - السمة) الذي يعاني منه مرضى السكري من النوع الثاني). تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية حسب هذا المتغير، وكما هو مبين في الجدول (٦).

جدول (٦)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى السكر حسب متغير مستوى الدرجة الكلية للقلق لدى مرضى السكري

مستوى القلق	العدد	المتوسط الحسابي لمستوى السكر	الانحراف المعياري
قلق منخفض	٣٩	٨١.٨	٧٢٣.١
قلق متوسط	٤١	٦٢.٨	٧٥٥.١
قلق مرتفع	٣٩	٩٩.٧	٦٤٩.١
المجموع	١١٩	٤٨.٨	٧٣١.١

يبين الجدول (٦) أن المتوسطات الحسابية لمستوى السكر في الدم لدى المرضى الذين كان مستوى القلق لديهم (منخفضا) أعلى من المتوسط الحسابي لفئة القلق المتوسط والمرتفع، ولمعرفة ما إذا كانت الفروق في المتوسطات دلالة إحصائية، فقد تم إجراء تحليل التباين الأحادي للكشف عن مستوى دلالة هذه الفروق فكانت النتائج كما في الجدول (٧).

جدول (٧)

نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن اثر مستوى القلق كدرجة كلية

لدى المرضى على مستوى السكر في الدم

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	١٤.٢٨٦	٢	٧.١٤٣	٢.٤٤٠	٠.٠٩
داخل المجموعات	٣٣٩.٥٥٤	١١٦	٢.٩٢٧		
المجموع	٣٥٣.٨٣٩	١١٨			

يتبين من الجدول (٧) انه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى سكر الدم لدى مرضى السكري ومستوى القلق كدرجة كلية الذي يعاني منه المريض.

أما على مستوى القلق كحالة، فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية حسب هذا المتغير، للنظر فيما إذا كان هناك علاقة للقلق كحالة بمستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري، وكما هو مبين في الجدول (٨).

جدول (٨)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لستوى السكر حسب متغير مستوى حالة القلق لدى مرضى السكري

حالة القلق	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
منخفض	٣٩	٧٥.٨	٧٢٣.١
متوسط	٤٠	٦٩.٨	٧٦٥.١
مرتفع	٤٠	٩٩.٧	٦٤٤.١
المجموع	١١٩	٤٨.٨	٧٣١.١

يبين الجدول (٨) ان المتوسطات الحسابية لستوى السكر في الدم لدى المرضى الذين كان مستوى حالة القلق لديهم (منخفض)، أعلى من المتوسط الحسابي لفئة القلق المتوسط و المرتفع. ولمعرفة ما إذا كانت الفروق في المتوسطات دلالة إحصائية، فقد تم إجراء تحليل التباين الأحادي للكشف عن مستوى دلالة هذه الفروق فكانت النتائج كما في الجدول (٩).

جدول (٩)

نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن اثر مستوى القلق كحالة لدى المرضى على مستوى السكر في الدم

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	١٤.٣٣٦	٢	٧.١٦٨	٢.٤٤٩	٠.٠٩
داخل المجموعات	٣٣٩.٥٠٣	١١٦	٢.٩٢٧		
المجموع	٣٥٣.٨٣٩	١١٨			

يتبين من الجدول (٩) انه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق لدى المرضى على مستوى السكر في الدم.

كما تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقلق كسمة للنظر فيما إذا كان هناك علاقة للقلق كسمة بمستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري، وكما هو مبين في الجدول (١٠).

جدول (١٠)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى السكر حسب متغير مستوى سمة القلق لدى مرضى السكري

سمة القلق	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
منخفض	٤٣	٧٠.٨	٧٢٦.١
متوسط	٣٧	٧٣.٨	٨٤٤.١
مرتفع	٣٩	٩٩.٧	٥٥٨.١
المجموع	١١٩	٤٨.٨	٧٣١.١

يبين الجدول (١٠) ان المتوسطات الحسابية لمستوى السكر في الدم لدى المرضى الذين كان مستوى سمة القلق لديهم (متوسط)، أعلى من المتوسط الحسابي لفئة القلق المنخفض و المرتفع. ولمعرفة ما إذا كانت الفروق في المتوسطات دلالة إحصائية، فقد تم إجراء تحليل التباين الأحادي للكشف عن مستوى دلالة هذه الفروق فكانت النتائج كما في الجدول (١١).

جدول (١١)

نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن اثر مستوى القلق كسمة لدى المرضى على مستوى السكر في الدم

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	١٣.٩٠٦	٢	٦.٩٥٣	٢.٣٧٣	٠.٠٩
داخل المجموعات	٣٣٩.٩٣٤	١١٦	٢.٩٣٠		
المجموع	٣٥٣.٨٣٩	١١٨			

يتبين من الجدول (١١) انه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى سمة القلق لدى المرضى ومستوى السكر في الدم.

الفرضية الثانية:

لفحص الفرضية الثانية والتي تنص (لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α > ٠.٠٥) بين مستوى السكر ومستوى الاكتئاب الذي يعاني منه مرضى

السكري). تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والجدول (١٣) يظهر هذه النتائج.

جدول (١٢)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى السكر حسب متغير مستوى الاكتئاب لدى مرضى السكري

مستوى الاكتئاب	العدد	المتوسط الحسابي لمستوى السكر	الانحراف المعياري
اكتئاب منخفض	٣٧	٧.٥١	٢٩٣.١
اكتئاب متوسط	٣٨	٩.٠٠	٧٤٤.١
اكتئاب مرتفع	٤٤	٨.٨٤	٦٧٧.١
المجموع	١١٩	٨.٤٨	٧٣١.١

يبين الجدول (١٢) أن المتوسط الحسابي لمستوى السكر في الدم لدى المرضى الذين كان مستوى الاكتئاب لديهم (متوسط) أعلى مما هو لدى فئة الاكتئاب المنخفض أو المرتفع ولمعرفة ما إذا كانت الفروق في المتوسطات دلالة إحصائية، فقد تم إجراء تحليل التباين الأحادي للكشف عن مستوى دلالة هذه الفروق فكانت النتائج كما في الجدول (١٣).

جدول (١٣)

نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن اثر مستوى الاكتئاب لدى المرضى على مستوى السكر في الدم

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٥٠.٢٥٥	٢	٢٥.١٢٧	٩.٦٠١	٠.٠٠٠
داخل المجموعات	٣٠٣.٥٨٥	١١٦	٢.٦١٧		
المجموع	٣٥٣.٨٣٩	١١٨			

يتبين من الجدول (١٣) انه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري ومستوى الاكتئاب. ولمعرفة اتجاه الفروق تم استخدام اختبار شافييه للمقارنات البعدية فكانت النتائج كما في الجدول (١٤).

جدول (١٤)

نتائج اختبار شافيه للمقارنات البعدية لأثر متغير الاكتئاب على مستوى السكر في الدم

مستوى الاكتئاب	منخفض	متوسط	مرتفع
منخفض	-	١.٤٨*	١.٣٢*
متوسط	١.٤٨*	-	٠.١٦
مرتفع	١.٣٢*	٠.١٦	-

(*) الفروق دالة على مستوى ٠.٠١

يتبين من الجدول (١٤) انه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين المرضى الذين يعانون من درجة اكتئاب منخفض والمرضى الذين يعانون من درجة اكتئاب متوسط أو مرتفع حيث أن مستوى السكر في الدم لدى المرضى الذين يعانون من درجة منخفضة من الاكتئاب هو أقل وبمستوى ذو دلالة من مستوى سكر الدم لدى المرضى الذين يعانون من درجة متوسطة أو مرتفعة من الاكتئاب.

الفرضية الثالثة:

لفحص الفرضية الثالثة والتي تنص (لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α < ٠.٠٥) بين مستوى السكر في الدم ومستوى التفكير اللاعقلاني الذي يعاني منه مرضى السكري). تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية حسب هذا المتغير، وكما هو مبين في الجدول (١٥).

جدول (١٥)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى السكر في الدم حسب متغير مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى مرضى السكري

مستوى التفكير اللاعقلاني	العدد	المتوسط الحسابي لمستوى السكر	الانحراف المعياري
منخفض	٣٤	١٥.٨	٨٧٢.١
متوسط	٤٧	٥٩.٨	٥٣٨.١
مرتفع	٣٨	٦٣.٨	٨٣١.١
المجموع	١١٩	٤٨.٨	٧٣١.١

يبين الجدول (١٥) أن المتوسط الحسابي لمستوى السكر في الدم لدى جميع المرضى متقاربة والاختلاف بينهم متقارب. ولمعرفة ما إذا كانت هذه الفروق في المتوسطات ذات

دلالة إحصائية أم لا. تم إجراء تحليل التباين الأحادي والجدول (١٦) يظهر نتائج هذا التحليل.

جدول (١٦)

نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن اثر مستوى التفكير اللاعقلاني لدى المرضى على مستوى السكر في الدم

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٥.٥٤١	٢	٢.٥٤١	٠.٨٤٥	٠.٤٣
داخل المجموعات	٣٤٨.٧٥٧	١١٦	٣.٠٠٧		
المجموع	٣٥٣.٨٣٩	١١٨			

يتبين من الجدول (١٦) انه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى التفكير اللاعقلاني لدى المريض ومستوى السكر في الدم.

الفرضية الرابعة:

لفحص الفرضية الرابعة والتي تنص (لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α < ٠.٠٥) بين مستوى السكر في الدم ومستوى الضغط النفسي الذي يعاني منه مرضى السكري). تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية حسب هذا المتغير، وكما هو مبين في الجدول (١٧).

جدول (١٧)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى السكر في الدم حسب متغير الضغط النفسي لدى مرضى السكري

مستوى الضغط	العدد	المتوسط الحسابي لمستوى السكر	الانحراف المعياري
ضغوط قليلة جدا	٠	*	*
ضغوط قليلة	٢٧	٦.٦٥	٠.٦٧٢
ضغوط متوسطة	٥٩	٩.١٥	١.٥٥٠
ضغوط مرتفعة	٣٣	٨.٧٦	٦١٤.١
ضغوط مرتفعة جدا	٠	*	*
المجموع	١١٩	٤٨.٨	٧٣١.١

(*) المقصود به عدم إجابة أي مفحوص على هذين الدرجتين وبالتالي لا يوجد لهما متوسط حسابي، وانحراف معياري.

يبين الجدول (١٧) أن فئة الضغوط القليلة جداً والضغوط المرتفعة جداً لا يشكلان تأثيراً على مستوى السكر في الدم إطلاقاً، في حين نجد أن المتوسط الحسابي لفئة الضغوط المتوسطة أعلى من فئة الضغوط القليلة والضغوط المرتفعة، ولمعرفة ما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية، فقد تم إجراء تحليل التباين الأحادي للكشف عن مستوى دلالة هذه الفروق فكانت النتائج كما في الجدول (١٨).

دول (١٨)

نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن اثر مستوى الضغوط لدى المرضى على مستوى السكر في الدم

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	١١٩.٢٥٤	٢	٥٩.٦٢٧	٢٩.٤٨٥	٠.٠٠٠
داخل المجموعات	٢٣٤.٥٨٦	١١٦	٢.٠٢٢		
المجموع	٣٥٣.٨٣٩	١١٨			

يتبين من الجدول (١٨) انه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى السكر في الدم ومستوى الضغوط لدى المرضى. ولمعرفة اتجاه الفروق تم استخدام اختبار شافيه للمقارنات البعدية فكانت النتائج كما في الجدول (١٩).

جدول (١٩)

نتائج اختبار شافييه للمقارنات البعدية لأثر متغير الضغوط على مستوى السكر في الدم

مستوى الضغط	ضغوط قليلة	ضغوط متوسطة	ضغوط مرتفعة
ضغوط قليلة	-	٢.٤٩*	٢.١٠*
ضغوط متوسطة	٢.٤٩*	-	٠.٣٩
ضغوط مرتفعة	٢.١٠*	٠.٣٩	-

(*) الفروق دالة على مستوى ٠.٠١

يتبين من الجدول (١٩) انه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين المرضى الذين يعانون من درجة ضغوط قليلة والمرضى الذين يعانون من درجة ضغوط متوسطة أو مرتفعة حيث أن مستوى السكر في الدم لدى المرضى الذين يعانون من درجة منخفضة من الضغط النفسي هو أقل وبمستوى ذو دلالة عند مستوى سكر الدم لدى المرضى الذين يعانون من درجة متوسطة أو مرتفعة من الضغط النفسي.

الفرضية الخامسة:

لفحص الفرضية الخامسة والتي تنص (يمكن تفسير التباين في ارتفاع مستوى السكر في الدم بمتغيرات القلق، والاكتئاب، والضغط النفسي، والأفكار اللاعقلانية والجنس، والعمر، والجنسية، ومدة الإصابة بالمرض، والمستوى التعليمي). تم حساب معاملات الارتباط المتعدد بين هذه المتغيرات من جهة ومستوى السكر في الدم لدى مرضى السكر من النوع الثاني وذلك باستخدام أسلوب تحليل الانحدار الخطي المتعدد المتدرج(*Stepwise Multiple Regression*) والجدول (٢٠) يظهر نتائج هذا التحليل.

جدول (٢٠)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد المتدرج الخطي لمتغيرات الدراسة على مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري

المتغيرات	معامل الارتباط المتعدد	نسبة التباين المفسر (مربع معامل الارتباط)	مربع معامل الارتباط المعدل	الخطأ المعياري للتقدير	مربع معامل الارتباط للمتغيرين	قيمة ف	مستوى الدلالة
الضغط النفسي	٠.٤٦٠	،٢١١	٠.٢٠٥	٥٤٤,١	٢١١,	٣١.٣٧	.٠٠٠
القلق	٠.٥١٣	،٢٦٤	٠.٢٥١	١.٤٩٩	٠٥٢,	٨.٢١	.٠٠٥

(*) تم إسقاط باقي المتغيرات لعدم تأثيرها في تفسير نسبة التباين في مستوى السكر في الدم

يظهر الجدول (٢٠) أن قيمة مربع معامل الارتباط لمتغير الضغط النفسي يساوي (٠.٢١١) أي أن (٢١.١٪) من التباين في مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري من النوع الثاني يمكن تفسيرها من خلال التباين في مستوى الضغط النفسي الذي يعانون منه، وعندما دخل القلق إلى معادلة الانحدار أصبح مجموع ما يفسره المتغيران معاً من التباين في مستوى السكر في الدم هو (٢٦.٤٪) أي أن متغير القلق وحده قد زاد مقدار التباين المفسرة بـ(٥.٢)، في حين لم يكن لباقي المتغيرات أثر في تفسير نسبة التباين في مستوى السكر في الدم.

الفصل الخامس
مناقشة النتائج

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة طبيعة العلاقة بين عدد من المتغيرات ومستوى السكر في الدم لدى عينة من مرضى السكري في دولة الإمارات العربية المتحدة، كما هدفت إلى معرفة قدرة هذه المتغيرات على التنبؤ بمستوى السكر في الدم، وذلك من خلال الإجابة على الفرضيات التي سبق وأن ذكرت.

وقد أشارت النتائج فيما يتعلق بالفرضية الأولى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية في مستوى السكر في الدم تعزى إلى مستوى القلق كدرجة كلية، أو على مستوى كل بعد من أبعاده (الحالة - السمة) الذي يعاني منه مرضى السكري، حيث تتفق هذه النتيجة مع دراسة إيكدا ورفاقه (*Ikeda, et al, 2003*) والتي أظهرت نتائجها عدم وجود علاقة بين القلق ومستوى السكر في الدم لدى عينة من المرضى المصابين بالسكري من النوع الثاني.

في حين لم تتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التي توصلت إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين القلق وارتفاع مستوى السكر في الدم كنتائج دراسة للويد، ودايرت، وبيرنت (*Loyd, Dyert & Barnett, 2000*)، ودراسة كوفاكس وغلدشتاين (*Kovacs & Goldstion, 1997*)، ودراسة إبراهيم (١٩٩٢)، ودراسة لانجر ولانجر (*Langer & Langer, 1994*)، ودراسة لانجر ولانجر (*Langer & Langer, 1998*) ودراسة فاندر دوس وزملاؤه (*Vanderdoes, et al, 1998*)، ودراسة آلبرغ وزملاؤه (*Ahlberg, et al, 2002*)، ودراسة مارسيناك وزملاؤه (Marciniak, et al, 2005)

ودراسة فيشر وزملاؤه (Fisher, et al, 2001)، ودراسة تالي وزملاؤه (Talley, et al, 2001)، وداسة باور وزملاؤه (Pouwer, et al, 2006).

بعد أن أسفرت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية في مستوى السكر في الدم تعزى إلى مستوى القلق كدرجة كلية أو على مستوى كل بعد من أبعاده (الحالة - السمة) بقي أن نفسر سبب عدم تأثير القلق في مستوى السكر في الدم وذلك من خلال أمرين أثنين:

الأول: أن سبب انخفاض القلق لدى مرضى السكري مرده شعورهم ببساطة المرض وعدم خطورته في حال التزامهم بالإرشادات الصحية والتقيد بالعلاج وبالحمية، مما أورث هدوءاً وسكينة، والمتنافيان بطبيعتهما مع وجود القلق في النفس.

الثاني: أنه مع وجود عينة ذات قلق مرتفع إلا أن هذا القلق في جملته غير مؤثر في مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري، والسبب عائد إلى حرص هذه العينة على الالتزام التام بالتعليمات الطبية، حرصاً ناجماً عن القلق من ماهية العلاج كإبر الأنسولين وطريقة تعاطيها، أو قلق من المرض ذاته من حيث آثاره، والمحصلة أنه قلق إيجابي. بدليل أنه لا يؤثر سلباً على مريض السكري وإنما يحفزه ليتماشى مع طبيعة مرضه وبالتالي التكيف الإيجابي مع نمط الحياة الجديدة، والتقيد بما تستلزمه طبيعة هذه الحياة، مما يسفر عن هذا التقيد بنمط الحياة والالتزام بالإرشادات الصحية القدرة على ضبط مستوى السكر في الدم لديهم وبالتالي الشعور بالراحة النفسية مما يؤدي إلى انخفاض مستوى السكر في الدم.

وفيما يتعلق بالفرضية الثانية والتي أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية في مستوى السكر في الدم تعزى إلى مستوى الاكتئاب الذي يعاني منه مرضى السكري.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة التي توصلت إلى نتائج مشابهة والتي تبرز مدى العلاقة بين الاكتئاب وارتفاع مستوى السكر في الدم، كنتائج دراسة للويد، ودايرت، وبيرنت (Loyd, Dyert, & Barnett, 2000)، ودراسة كوفاكس وغلدشتاين (Kovacs & Goldstion, 1997)، ودراسة إبراهيم (١٩٩٢)، ودراسة لانجر ولانجر (Langer, & Langer, 1994)، ودراسة فاندن آكر وزملاؤه (Vandenakeer, et al, 2004)، ودراسة لاور (Lawer, 1995)، ودراسة زانغ وزملاؤه (Zhang, et al, 2005) ودراسة آلبرغ وزملاؤه (Ahlberg, et al, 2002)، ودراسة كنكارتن وزملاؤه (Cankurtaran, et al, 2005)، ودراسة ستيوارت وزملاؤه (Stewart, et al, 2005) ودراسة إنغم وزملاؤه (Engum, et al, 2005)، ودراسة غولدن وزملاؤه (Golden, et al, 2004)، ودراسة شووشي وزملاؤه (Chou & Chi, 2005)، ودراسة باتن (Patten, 2005)، ودراسة مارسيناك وزملاؤه (Marciniak, et al, 2005)، ودراسة فيشر وزملاؤه (Fisher, et al, 2001)، ودراسة تالي وزملاؤه (Talley, et al, 2001)، ودراسة باور وزملاؤه (Pouwer, et al, 2006)، في حين أنها لم تتفق مع نتائج دراسة إيكدا وزملاؤه (Ikeda, et al, 2003).

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن نمط حياة مريض السكري الذي تفرضه الإصابة بالمرض مثل ضرورة تناول حقن الأنسولين، وإتباع حمية غذائية معينة، والخوف المستمر من حدوث مضاعفات في حال لم يلتزم مريض السكري به، والحرمان من أنواع كثيرة من الطعام، ونظرة الآخرين المصحوبة بالشفقة، والشعور بالاختلاف والبعد عن أفراد العائلة والأصدقاء، أو تدني المستوى الاقتصادي والاجتماعي، كالفقر والبؤس وقلة العلاقات الاجتماعية، والخوف من الموت المبكر، كلها تبعث على الشعور بالاكتئاب.

كما قد تزيد المواقف غير السارة في حياة المريض من حالة الحزن واليأس التي يعاني منها، الأمر الذي يؤدي إلى تردي وضعه الصحي وعدم قدرته على السيطرة على مستوى السكر في دمه، كما أن ارتفاع مستوى السكر في الدم لفترة طويلة يسبب الإرهاق والميل إلى النعاس ويبدد طاقات الفرد ويمنعه من القيام بالكثير من الأنشطة. لذا فإن هذه الحقيقة في وجوب التعامل مع مرض السكري يوماً بعد يوم في حد ذاتها تجلب الضيق والحزن.

أما فيما يتعلق بالفرضية الثالثة، فقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير المعتقدات والتفكير اللاعقلاني على مستوى السكر في الدم.

هذا ولم يجد الباحث دراسات تناولت علاقة متغير(التفكير اللاعقلاني) بمستوى السكر في الدم. في حين وجدت دراسات تناولت متغيرات قريبة، كدراسة سثرين وريلت (Cetherine & Relat, 1989)، والتي تناولت أثر المعتقدات الخاصة بالمرض فيما يخص عوائق العلاج وإدراك خطورة المرض، وإدراك الدعم الاجتماعي، حيث اختلفت نتيجة هذه الدراسة التي توصلت إلى قوة تأثير المعتقدات على الحالة الصحية للمرضى المصابين بالسكري مع نتيجة الدراسة الحالية.

ودراسة سكنر وزملاؤه (Skinner, et al, 2002) التي تناولت الارتباطات الداخلية بين المعتقدات والخصائص الشخصية وسلوك العناية بالذات عند المرضى المصابين بالسكري، حيث توصلت الدراسة إلى قوة تأثير الاعتقادات في عناية الفرد بذاته وفي السيطرة على مستوى السكر في الدم، حيث تختلف هذه النتيجة مع نتيجة الدراسة الحالية.

ودراسة راسيل وغلاسكو (Russel & Glascow, 1997) التي تناولت علاقة نمط الاعتقادات الشخصية بمعوقات البيئة الاجتماعية المرتبطة بضبط نسبة السكر في الدم

وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين نمط الاعتقادات الشخصية وقدرة الفرد على ضبط نسبة السكر في الدم، حيث تختلف هذه النتيجة مع نتيجة الدراسة الحالية.

في حين لم يجد الباحث أية دراسات تتفق مع نتيجة الدراسة الحالية فيما يتعلق بالاعتقادات والتفكير اللاعقلاني.

ويمكن تفسير هذه النتيجة التي تجلى من خلالها للباحث من خلال واقع مرضى السكري الذين تمت معاينتهم وإجراء الدراسة عليهم أن عدداً كبيراً من الأفكار اللاعقلانية تحوم في رؤوسهم. بيد أن السؤال المطروح هنا هو هل هذه الأفكار اللاعقلانية تؤثر في زيادة مستوى السكر في الدم لدى المرضى المصابين بالسكري؟

والإجابة التي حصل عليها الباحث بعد التقصي يتكون من شقين، الشق الأول من الإجابة أن أفكاراً كهذه غير مؤثرة، وإن كانت مؤثرة فتأثيرها ضعيف لا يعول عليه، أي (غير دال إحصائيا) أما الشق الثاني من الإجابة المتعلق بتفسير غياب هذا التأثير، مرده إلى إنتشار المعتقد الديني المورث للطمأنينة والرضى بما كان على قاعدة من التصبر والتسليم. يعزز هذا التفسير ما كان يتردد على ألسنة المرضى من عبارات التوكل والاحتساب، والتي تمتزج غالباً مع البعد الديني والبعد الاعتيادي المرتبط بنبذ التذمر وعدم إشاعته وبالتالي غلبة المشاعر الإيجابية على غيرها من المشاعر السلبية.

أما بالنسبة للفرضية الرابعة، فقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى السكر في الدم تعزى لمتغير الضغط النفسي لدى مرضى السكري من النوع الثاني

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة نيل (Neal, 1995) التي توصلت إلى وجود أثر الضغط النفسي على مستوى السكر في الدم، ودراسة المكاوي وعبدالرحمن (١٩٩٩)، التي

هدفت إلى معرفة أسباب انتشار مرض السكري في دولة الكويت. حيث أظهرت النتائج تأثير عدة عوامل على مستوى السكر في الدم إلى جانب الضغط النفسي.

كما اتفقت مع نتائج دراسة غولدشتاين وزملاؤه (Goldeston, et al, 1995) التي هدفت إلى فحص مدى تأثير الضغوط النفسية على ضبط نسبة السكر في الدم لدى عينة مكونة من الأطفال في سن المدرسة، حيث توصلت الدراسة إلى أن هناك تأثير للضغط النفسي على مستوى السكر في الدم لدى الأطفال.

كما اتفقت مع نتائج دراسة سرويت وزملاؤه (Surwit, et al, 2002)، والتي توصلت إلى وجود أثر صغير لكنه دال إحصائيا للضغط النفسي على مستوى السكر في الدم

كذلك اتفقت مع نتائج دراسة ايسلندر وآخرون (Auslander, et al, 1993) ودراسة تالي وزملاؤه (Talley, et al, 2001) التين هدفتا إلى تحديد مدى انتشار القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى عينة من المرضى المصابين بالسكري، وقد توصلت الدراسة إلى وجود أثر للضغط النفسي على مستوى السكر في الدم ولكن بدرجة أقل من باقي المتغيرات.

ويمكن عزو سبب ذلك إلى عملية التوازن الهرموني للجسم، أي أن جسم الإنسان ينتج هرمونات استجابة للموقف الضاغط الذي يكون الفرد فيه بين إقدام وإحجام، وهذه الهرمونات تجعل جسم الإنسان جاهزاً للتصرف السريع وذلك بواسطة تحليل جزء من مخزون الجسم من الجلوكوز ودفعه إلى الدم الأمر الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم، فإذا كان المريض مصاباً بالسكري من النوع الثاني فإن مستوى الجلوكوز سيظل مرتفعا في الدم بسبب المقاومة للأنسولين، كنتيجة للمواقف الاجتماعية الضاغطة التي تتطلب مشاركة مع الآخرين أو نتيجة لأمراض أخرى مصاحبة لمرض السكري، أو نتيجة

للضغوط الاقتصادية ذات العلاقة بشؤون الحياة، أو المعرفية ككثرة النسيان والصعوبة في اتخاذ القرارات ذات العلاقة بالمواقف الضاغطة، أو الانفعالية كالغضب والإحباط.

أما بالنسبة للفرضية الخامسة المتمثلة في (يمكن تفسير التباين في ارتفاع مستوى السكر في الدم بمتغيرات القلق، والاكتئاب، والضغط النفسي، والأفكار اللاعقلانية والجنس، والعمر، والجنسية، ومدة الإصابة بالمرض، والمستوى التعليمي).

فقد أظهر تحليل الانحدار المتعدد الخطي المتدرج (Stepwise Multiple Regression) وجود أثر ذو دلالة إحصائية لمتغير الضغط النفسي على مستوى السكر في الدم، حيث كانت قيمة مربع معامل الارتباط لمتغير الضغط النفسي يساوي (٠،٢١١) أي أن ما يعادل (٢١.١٪) من التباين في مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري من النوع الثاني يمكن تفسيره من خلال التباين في مستوى الضغط النفسي، كما أن متغير القلق قد أضاف ما مقداره (٥.٢٪) إلى التباين المفسر في مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري من النوع الثاني.

ويمكن إحالة نتيجة هذا التحليل فيما يتعلق بمتغير الضغط النفسي إلى نفس الأسباب التي سبق وأن ذكرت في تفسير نتيجة الفرضية الرابعة.

كما يمكن تفسير نتيجة تحليل الانحدار المتعدد فيما يتعلق بمتغير القلق الذي كان مقدار تأثيره في تفسير نسبة التباين في مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري من النوع الثاني دالة إحصائيا، إلى أن الأفراد بعد إصابتهم بالسكري يزال القلق يراودهم فيما يتعلق بالمستقبل من خوف على حالتهم الصحية وما قد ينجم عنه من أعراض ومخاطر نتيجة الإصابة بمرض السكر.

كما أظهرت النتائج أن متغيرات الجنس، والعمر، ومدة الإصابة، والمستوى التعليمي، لم يكن لهم أثر في تفسير نسبة التباين في مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري من النوع الثاني وهذه النتيجة لم تتفق مع أي من الدراسات السابقة.

حيث اختلفت هذه النتيجة فيما يتعلق بمتغير الجنس مع نتائج دراسة للويد ودايرت، وبيرنت (Loyd & Dyert & Barnett, 2000)، ودراسة إبراهيم (١٩٩٢) ودراسة شو وشي (Chou & Chi, 2005)، ودراسة تالي وزملاؤه (Talley, et al, 2001)

كما اختلفت الدراسة الحالية فيما يتعلق بمتغير مدة الإصابة مع نتيجة دراسة كوفاكس وسكوت (Kovacs & Scott, 1997)، ونتيجة دراسة كوفاكس وغلدشتاين (Kovacs & Goldstion, 1997)، ونتيجة دراسة تالي وزملاؤه (Talley, et al, 2001)

واختلفت الدراسة الحالية فيما يتعلق بمتغير العمر مع نتيجة دراسة زانغ وزملاؤه (Zhang, et al, 2005)، ونتيجة دراسة شو وشي (Chou & Chi, 2005) ونتيجة دراسة تالي وزملاؤه (Talley, et al, 2001)، ونتيجة الدراسة التي قام بها مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة الأمريكية (Center For Disease Control and Prevention).

كما اختلفت الدراسة الحالية فيما يتعلق بمتغير المستوى التعليمي مع نتيجة دراسة شو وشي (Chou & Chi, 2005)، ونتيجة دراسة فيشر وزملاؤه (Fisher, et al, 2001).

في حين اتفقت الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة كانتر وزملاؤه (Kanter,et al, 2002)، ونتيجة دراسة فيشر وزملاؤه (Fisher, et al, 2001)، فيما يتعلق بمتغير الجنسية.

ويمكن عزو هذه النتيجة إلى أن اختلاف الجنسية، والعمر، والمؤهل العلمي، والجنس غير ذي أثر على مرضى السكري، وإنما الأثر كامن في مدى التزام كل فرد من هؤلاء بمتطلبات العلاج، وذلك أن الالتزام هنا مؤثر بشكل مباشر، أما الاختلاف الأنف الذكر فليس من طبيعة ما يؤثر سلباً أو إيجاباً في مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري وإن كان هو مؤثر في غيره من الأمراض أو الحالات. نظراً لاعتبار وجود الرابط بينهما وبين الطبيعة الفسيولوجية المختلفة من جنسية وأخرى ومن الرجل والمرأة ومن المتعلم وغير المتعلم وهكذا.

التوصيات:

وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية يمكن اقتراح التوصيات التالية:

١. إجراء مزيد من الدراسات حول العلاقة بين الاضطرابات النفسية والأمراض المزمنة الأخرى كالمتلازمة الإستقلابية (السكري، وضغط الدم، والكولسترول).
٢. إجراء دراسات على مرضى السكري تتناول متغيرات أخرى وعلى عينات أخرى كالإناث والأطفال.

المراجع

المراجع باللغة العربية:

١. إبراهيم، عبدالستار، (١٩٩٨). **الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه**. الكويت: عالم المعارف.

٢. إبراهيم، ماجدة، (١٩٩٢). **القلق النفسي وعلاقته ببعض الأمراض العضوية**. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الإسكندرية، الإسكندرية: مصر.

٣. أبوطة، قيس، (٢٠٠١). **أنت والسكري**. (ط ١)، دبي: مطابع البيان التجارية.

٤. الباشا، وائل وجوخدار، مفيد، (٢٠٠١). **الداء السكري**. (ط ٢). بيروت: اليمامة للطباعة والنشر والتوزيع.

٥. بوظو، محمد، (٢٠٠٥). السكري الحملي توصيات عام ٢٠٠٥. **عالم السكري**، (٧)، ٧.

٦. ترافيس، لوثر، (٢٠٠٠). **داء السكري المعتمد على الأنسولين مستند تعليمي**. (ترجمة: هناء ناصر). الطبعة العاشرة. لبنان: دار الناشرون.

٧. توشيت، نانسي، (٢٠٠١). **مرض السكر الأسئلة.. والأجوبة**. (ترجمة: عزة حسين كبة). (ط ١). بيروت: الدار العربية للعلوم.

٨. الأسمر، الياس، (١٩٩٦). **السكري ماهو؟ اسبابه - عوارضه والعلاج**. (ط١). بيروت: دار الجيل.

٩. جلال، سعد، (١٩٨٠). **في الصحة العقلية**. القاهرة: دار الجمهورية.

١٠. الجمعية الأمريكية لمرض السكر، (٢٠٠٤). **السكري**. المملكة العربية السعودية: مكتبة جرير.

١١. جيه، ويليامز. (٢٠٠٦). من الاكتئاب إلى الحرية. **الصحة والطب**، (٧٩٩)، ٥٤.

١٢. حافظ، إيمان. (٢٠٠٢). **برنامج مقترح لتخفيف حدة القلق لدى الأطفال المصابين بمرض السكر باستخدام اللعب**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة: مصر.

١٣. حفني، عبدالمنعم. (١٩٧٨). **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**. القاهرة: مكتبة مدبولي.

١٤. الحجار، محمد. (٢٠٠٤). **الاضطرابات النفسية الفيزيولوجية أنواعها - أعراضها - علاجها**. (ط ١). دمشق: دار ابن النفيس للطباعة والنشر.

١٥. الحلبي، محمد. (٢٠٠٤). تقرير زيادة تفشي الداء السكري في العالم. **عالم السكري**، (٣)، ٤٠.

١٦. الحوراني، هدى. (١٩٩١). **أثر التثقيف الغذائي لعينة من مرضى السكري في الأردن على اتباعهم للحمية الغذائية المناسبة وانعكاس ذلك على وزن الجسم وسكر وشحوم الدم**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان: الأردن.

١٧. خليفة، مصطفى. (٢٠٠٥). اكثر من ٢٢٪ نسبة الاصابة بالسكري في دولة الامارات. [On-line]
متوفر في: **http://www.albayan.ae/servlet/Satellite?cid٢٠٠٦/٧/٢٥**

١٨. خوري، حنا. (٢٠٠٤). حالة الاكتئاب لدى مرضى السكري نمط ٢. **عالم السكري**، (٢)، ٢٧-٢٩.

١٩. ديب، ثناء، (١٩٩٢). دور الحمية والتأهيل في معالجة المرضى السكريين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة حلب، حلب: سوريا.

٢٠. الدنشاري، عز الدين والبكري، عبدالله، (١٩٩٨). أمراض العصر الأسباب والإجراءات الوقائية. الرياض: مكتبة التربية العربي لدول الخليج.

٢١. الرحبي، مية، (١٩٨٩). الداء السكري ماذا على مريض السكري أن يعرف. (ط ١). دمشق: الأهلي للطباعة والنشر والتوزيع.

٢٢. الريحاني، سليمان، (١٩٨٥). تطوير اختبار الأفكار اللاعقلانية، مجلة دراسات، ١٢(١١)، ٧٧-٩٥.

٢٣. زهران، حامد، (١٩٩٧). الصحة النفسية والعلاج النفسي. (ط ٢). القاهرة: عالم الكتب.

٢٤. الشربيني، لطفي، (٢٠٠١أ). الاكتئاب الأسباب..والمرض..والعلاج. (ط ١). بيروت: دار النهضة العربية.

٢٥. الشربيني، لطفي، (٢٠٠١ب). الاكتئاب المرض .. والعلاج. الأسكندرية: شركة الجلال للطباعة.

٢٦. شرف، عبدالعزيز، (١٩٨٦). البيئة وصحة الإنسان في الجغرافيا الطبية. القاهرة: دار الجامعات المصرية.

٢٧. شيفر، شارلز وملمان، هوارد، (٢٠٠١). مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها. (ترجمة: نسيمة داود ونزيه حمدي). عمان: الجامعة الأردنية.

٢٨. شوا، مصطفى، (٢٠٠٥). الآفاق الحديثة في دراسة ومعالجة الداء السكري. سوريا: حقوق الطبع محفوظة لدى المؤلف.

٢٩. الصوير، عبير، (٢٠٠٤). السمنة عند الأطفال الوباء العالمي. **السكري**، ٥(٢٨)، ٨٩.

٣٠. عبد الله، محمد، (١٩٩٩). أمراض القلق وعلاقتها بالكف السلوكي. **الثقافة النفسية**، (١٠)، (٣٨).

٣١. عبد الفتاح، غريب، (١٩٩٢). **مقياس الاكتئاب (د) BDI (الصورة الإماراتية)**. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

٣٢. عبدالرحمن، محمد، (١٩٩٩). **علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب - الأعراض - التشخيص - العلاج)**. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

٣٣. العجلوني، كامل، (٢٠٠٥). السكري مرض وطريقة حياة، **وقائع المؤتمر الصحفي، المقام في المركز الوطني للسكري والغدد الصماء والوراثة في الأردن**، بتاريخ ١٦ تشرين الثاني من عام ٢٠٠٥ للميلاد.

٣٤. عسكر، عبدالله، (١٩٨٨). **الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص**. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

٣٥. العلي، رضوان والخطيب، سامي وفرهود، عمر، (٢٠٠٤). السكري في العالم العربي. **عالم السكري**، (٢)، ١٧.

٣٦. العلي، محي الدين، (١٩٨٩). **الأمراض الشائعة الداء السكري - ارتفاع الضغط الشرياني - ترقق العظام - وظائف الدماغ - العته الشيخي - الصداع - سن اليأس**. (ط ١). بيروت: دار ابن كثير للطباعة والنشر والتوزيع.

٣٧. عوض، جرجس وحماد، بلال، (٢٠٠٠). **القدم السكري**. (ط ١). سوريا: دار الميزان للطباعة والنشر والتوزيع.

٣٨. غرينـوود، مـاغي وروبنسـون، (٢٠٠٢). **السـكري الوقايـة، العـلاج، الشـفاء**. (ترجمة:جنان يموت). بيروت: شركة دار الفراشة للطباعة والنشر.

٣٩. غرة، انتصار، (٢٠٠٥). الرعاية الصحية المقدمة لمرضى السكري المراجعين لمركز زهير - حبي الصحي. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق، دمشق: سوريا.

٤٠. قحبيش، محمد، (١٩٩٢). **الكيميا الحيوية السريرية في الممارسات الطبيعية وأمراض السكري**. (ط ١). لبنان: دار المسيرة.

٤١. فلتشد، رونالدف، (١٩٨٧). **الموجز الإرشادي عن الغدد الصماء**. (ترجمة:نصر الدين أحمد محمود). (ط ١). الكويت: المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية.

٤٢. القباني، سامي، (١٩٩٢). **بإمكانك أن تقهر داء السكر** (ط ١). بيروت: دار العلم للملايين.

٤٣. كاظم، أمينة، (١٩٨٥). **استفتاء تقييم الذات**. (ط ١). الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

٤٤. كراملينغر، كيث، (٢٠٠٢). **حول الاكتئاب**. (ترجمة: الدار العربية للعلوم). (ط ١). بيروت: الدار العربية للعلوم.

٤٥. كولازو، ماريا وكلافيل، (٢٠٠٢). **حول السيطرة على داء السكر** (ترجمة: مركز التعريب والبرمجة). (ط ١). بيروت: الدار العربية للعلوم.

٤٦. ماكنزي، كوام، (٢٠٠٤). **الاكتئاب**. (ترجمة: جولي صليبا). بيروت: أكاديميا انترناشيونال.

ـــاوي، علـى وعبـدالرحمن، فهـد، (١٩٩٩). مـرض السـكر بمجتمـع الكويـت. دراسات في علم الاجتماع الطبي، مؤسسة الأهرام للتوزيع، (٢)، ٢٠٢-٢٠٤.

٤٨. المراشي، فاطمة، (٢٠٠٥). السكري والسمنة. المجلة الصحية، (٦)، ١٠.

٤٩. ميرزا، أحمد، (١٩٨٣). داء السكر في الطب الحديث. (ط ١). بغداد: مطبعة الإرشاد.

٥٠. يشنا، مانجولا، (٢٠٠٥). السكري. المجلة الصحية، (٦)، ٩.

المراجع باللغة الأجنبية:

51. *Ahlberg, A. C., Liung, T., Rosmond, R., Mcewen, B., Holm, G., Akesson, H. O. & Bjorntrop, P. (2002). Depression and Anxiety Smptoms in Relation to Anthropometry and Metabolism in Men.* ***Psychiatry Research, 112(2), 101-110.***
52. *Angdmann, M. W. (1990).* ***The Diabetic Client(Francis Turn Differential Diagnosis and Treatment in Social Work).*** *Macmillan, London.*
53. *Auslander, W. F. (1993). Family Stress and Resources: Patential Ares of Intervention in Children Recently Diagnosed With Diabetes.* ***Health Social work, 18(2), 101-113.***
54. *Barlow, H., David, V. & Durand, M. (1998).* ***Abnormal Psychology.*** *Thomson Brooks/cole, London.*
55. *Beek, Aron. (1967). Depression:* ***Clinical Expreimental and Theoretical A spects.*** *Londan Staples press.*
56. *Brannor, L. & Feisl, J. (1989).* ***Health Psychology: An Introduction to Behaviors and Health.*** *United States of America. Thoms Wadsworth. 2th ed.*
57. *Brink, S. (1988). Pediatric, Adoloscent, and Young Adult Nutrition Issues in IDDM.* ***Diabetes Care, 11, 192-199.***
58. *Bloom, A. & Ireland, J. (1980).* ***Acolour Atlas of Diabetes. Wolfe*** *Medical Publications, Londan.*
59. *Cankurtaran, M., Halil, M., Yavuz, B. B., Degli, N., Cankurtaran, E. S. & Ariogul, S. (2005). Depression and Concomitant Diseases in a Turkish Geriatric Outpatient Setting.* ***Arch Gerontol Geriatr, 40(3),*** *307-315.*
60. *Capuzzi, D. & Gross, D. (1999).* ***Counseling and Psychotherapy.*** *Theories and Interventions, Merrill.*
61. *Chou, K. L. & Chi, I. (2005). Prevalence of Depression Among Elderly Chinese With Diabetes.* ***Int J Geriatr Psychiatry, 20(6)***، *570-575.*
62. *Coles, E. M. (1982).* ***Clinical Psychopathology. An Introduction,*** *Ledge – Rout & Kagan Paul: London.*
63. *Corey, G. (2005).* ***Theory and Practice of Counseling and Psychtherapy.*** *Thomson Books/ Cole: Belmont.*

64. *Center For Disease Control and Prevention. (2004). Serious Psychological Distress Among Persons With Diabetes in New York. City, 2003.* ***Mmwr Morb Mortal Wkly Rep, 53(46), 1089-1096.***
65. *Cetherine, U. & Relat, H. L. (1989). Psychosocial Factors Influencing Inner City Black Diabetic Petients Adherence with Insulin.* ***Health Education, 20(5), 29-32.***
66. *De groot, M., Auslander, W., Williams, J. H., Sherraden, M. & Haire-joshu, D. (2003). Depression and Proverty Among African American Women at Risk For Type 2 Diabetes.* ***Ann Behavioral Medicine, 25(3), 172-181.***
67. *Decoster, V., A. (2001). Diabetes and Role of Health Care Social work.* ***Health and Social work, 26(1), 26.***
68. *Diagnostic and Statistical, Manual (DSM-IV).(1994). Current Version of The Offical Classification System for Psychological Disorders Published By The American Psychiatric Association. Fourth Edition.*
69. *Engum, A., Mykletun, A., Midthjell, K., Holen, A. & Dahl, A. (2005). Depression and Diabetes: A large Population-based Study of Socio demographic, Life Style, and Clinical Factors Associated With Depression in Type 1 and Type 2 Diabetes.* ***Diabetes Care, 28(8), 1904-1909.***
70. *Fisher, L., Chesla, C. A., Mullan, J. T., Skaff, M. M. & Kanter, R. A. (2001). Contributors to Depression in Latino and European-American Patients With Type 2 Diabetes.* ***Diabetes Care, 24(10), 1751-1757.***
71. *Geggel, H. (1988).* ***Retinopathy In: Management and Education of Diabetic Patient.*** *Saunders Company, Philadelphia.*
72. *Golden, S. H., Williams, J. E., Ford, D. E., Yeh, H. C., Sanford, P. C., Nieto, F. J. & Brancati, F. L. (2004). Depressive Symptoms and The Risk of Type 2 Diabetes: The Atherosclerosis Risk in Communities Study.* ***Diabetes Care, 27(2), 429-435.***
73. *Goldston, D. B., Kovacs, M., Obrosky, D. S. & Iyengar, S. (1995). Control among youths with insulin-dependent diabetes mellitus.* ***Health Psychology, 14, 409-414.***
74. *Houng, V. (2005). Putting Prevention in to Practice: Counseling Patients to Prevent and Decrease Obesity.* ***J Okla State Medicine Association, 98(6), 252-254.***

75. *Ikeda, K., Hoki, H., Saito, K., Muramatsu, Y. & Suzuki, T. (2003). Hssociation of Blood Glucose Control With Self-efficacy and Rated Anxiety / Depression in Type 2 Diabetes Mellitus Patients.* ***Psychological Report**, 92(2), 540-544.*
76. *Kanter, R. A , Mullan, J. T., Skaff, M. M., Chesla, C. A. & Fisher, L. (2002). Depression and Anxiety Among Partners of European-American and Latino Patients With Type 2 Diabetes.* ***Diabetes Care**, 25(9), 1564-1570.*
77. *Knol, M. L., Twisk, J. W., Beekman, A. T., Heine, R. J., Sonek, F. J. & Pouwer, F. (2006). Depression as A risk Factor For The Onset of Type 2 Diabetes Mellitus. A meta – analysis.* ***Diabetologia**, 7.*
78. *Kovacs, M. & Scott, D. (1997). Major Depressive Disorder in youths with IDDM.* ***Diabetic Care**, 20(1), 45-49.*
79. *Kovacs, M. & Goldstion, D. (1997). Psychiatric Disorders in Youths with IDDM.* ***Dibetic Care**, 20(1), 36-38.*
80. *Langer, N. & Langer, O. (1998). Pre-existing Diabetics: Relationship Between Glycemic Control and Emotional Status in Pregnancy.* ***Jornal Matern Fetal Med**, 7(6), 257-263.*
81. *Langer, N. & Langer, O. (1994). Emotional Adjustment to Diagnosis and Intensified Treatment of Gestational Diabetes.* ***Obstet Gynecol**, 84(3), 329-334.*
82. *Lawer, M. (1990). Personal and Family Factors Impacting Diabetic Control For The Adolescent.* ***Preliminary Study, The Annual Conference of The National Councilor Family Relations**, 932.*
83. *Lazarus, R. & Folkman, S. (1984).* ***Stress Appraisl and Coping Pub.*** *Company: NY.*
84. *Linda, S. (2000). Diabetes Education Center Picks Up Where Doctors Leave Off.* ***Focus on Heath Care**, june,12.*
85. *Lorenzi, M. (1986).* ***Diabetes Mellitus. In: Handbook of Clinical Endocinology.*** *Jones Medical Publications, San Francisco.*
86. *Lloyd, C. E. & Brown, F. J. (2002). Depression and Diabetes.* ***Curr womens Health Rep**, 2(3), 188-193.*
87. *Lloyd, C. E., Dyert, P. H. & Barnett, A . H. (2000). Prevalence of Symptoms of Depression and Anxiety in a Diabetes Clinic Population.* ***British Diabetic Association. Diabtic Medicine**, 17, 198- 202.*

88. Marciniak, M. D., Lage, M. J., Dunayevich, E., Russell, J. M., Bowman, L., Landbloom, R. P. & Levine, L. R. (2005). The Cost of Treating Anxiety: The Medical and Demographic Correlates That Impact Total Medical Costs. **Depress Anxiety, 21(4), 178-184.**
89. Moussa, M. A., Alsaeid, M., Abdella, N., Refai, T. M., AL- Sheikh, N. & Gomez, J. E. (2005). Social and Psychological Characteristics of Kuwaiti Children and Adolescents With Type 1 Diabetes. **Soc Sci Med,** 60(8), 1835-1844.
90. National Diabetes Data Group (NDDG). (1979). Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Other Calagones of Glucose intolerance. **Diabeles,** 38, 1039-1057.
91. Neal, K. (1995). Stress and Diabetes Mellitus Later Life. **International Journal of Aging & Human Development,** 40(2) 125-143.
92. Olfson, M., Wei, W., Crystal, S. & Sambamoorthi, U. (2006). Diabetes and Depression Care Among Medicaid Beneficiaries. **Health Care Poor Underserved,** 17(1), 141-161.
93. Oltmanns, F. & Thomas, R. (1998). **Abnormal Psychology** 2ed.
94. Patterson, L. (1988). **Nephropathy In: Management and Education of Diabetic patient.** Sanuders Company, Philadelphia.
95. Patten, S. B. (2005). Long – term Medical Conditions and Major Depression: Strength of Association For Specific Conditions in The General Population. **Can J Psychiatry,** 50(4), 195-202.
96. Pouwer, F., Beekman, A. T., Lubach, C. & Snoek, F. J. (2006). Nurses' Recognition and Registration of Depression, Anxiety and Diabetes – Specific Emotional Problems in Outpatients With Diabetes Mellitus. **Patient Education Counseling,** 60(2), 235- 240.
97. Rice, P. (1999). **Stress and Health.** Brooks cole: London.
98. Russell, E. & Glascow, P. H. D. (1997). Personal-model Beliefs and Social – Environmental Barriers Related to Diabetes Self Management. **Diabetes Care,** 20(4), 501-505.
99. Schafer, W. (1996). **Stress Management for Wellners.** Horcourt Brace Jovanorich College Publishers: NY.
100. Schaefer, W. (1992). **Stress Management for Wellness.** New York, Harcourt Brace Jovanovich.
101. Seaward, B. L. (2002) .**Managing Stress Principles and Strategies for Health and Well Being.** Jones & Bartlett: Canada.

102. Selye, H. K. (1980). ***The Stress Concept Today in Kutash Handbook on Stress, anssy – Bass, Sanfrncisco.***
103. Sharf, R. S. (2000). ***Theroy of Psychotherapy and Counseling,*** Brooks/Cole.
104. Snoek, F. J. & Skinner, T. C. (2002). *Psychological Counseling in Problematic Diabetes: Dose it Help?.* ***Diabetes Care***, *19(4), 256- 273.*
105. Skinner, T. C., Hampson, S. E. & Fife-Schaw, C. (2002). *Personality, personal model beliefs, and self-care in adolescents and young adults with Type 1 diabetes.* ***Health Psychology***, *21, 61-70*
106. Spielberger, C. D. (1983). ***Manual for State – Trail Anxiety Inventory (Form Y) Consulting Psychological Prosess***. *California, Pp19.*
107. Stewart, S. M., Rao, U. & White, P. (2005). ***Depression and Diabetes in*** *Children and Adolescents.* ***Curr Opin Pediater***, *17(5), 626-631.*
108. Surwit, R. S., Vantitturg, M. N., Zucker, N., Mc Caskill, C. C., Parekh, P., Feinglos, M. N. (2002). *Stress Management Improves Long term Glycemic Control type 2 diabetes.* ***Diabetes Care***, *25, 30-34.*
109. Talley, S. J., Bytzer, P., Hammer, J., Young, L. & Jones, M. Horowitz, M. (2001). *Psychological Distress is Linked to Gestrointestinal Symptoms in Diabetes Mellitus.* ***Am J Gastroenteral***, *96(4), 1033-1038.*
110. Vanderdoes, F. E., Deneeling, J. N., Snoek, F. J., Kostense, P. J., Crootenhuis, P. A., Bouter, L. M., & Heine, R. J. (1996). *Symptoms and Well-being in Relation to Glycemic Control in Type 2 Diabetes.* ***Diabetes Care***, *19(3), 204-210.*
111. Vandenakker, M., Schuurman, A., Metsemakers, J., & Buntiny, F. (2004). *Is Depression Related to Subsequent Diabetes Mellitus.* ***Acta Psychiatr Scand***, *110(3), 178-183.*
112. Walker, C. & Robert, M. (1983). ***Handbook of Clinical child Psychology***. *New York: INC.*
113. Zhang, X., Norris, S. L., Gregg, E. W., Cheng, Y. J., Beckles, G. & Kahn, H. S. (2005). *Depressive Symptoms and Mortality Among Presons With and Without Diabetes.* ***Am J Epidemiol***, *161(7), 652-660.*

منتدى سور الأزبكية
WWW.BOOKS4ALL.NET
https://twitter.com/SourAlAzbakya
https://www.facebook.com/books4all.net